

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA, Y SALUD PÚBLICA E
HISTORIA DE LA CIENCIA**



TESIS DOCTORAL

**EL CINE COMO HERRAMIENTA DOCENTE
EN BIOÉTICA Y TANATOLOGÍA**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Beatriz Ogando Díaz

Director:

Diego Gracia Guillén

Madrid, 2010

ISBN: 978-84-693-7764-2

© Beatriz Ogando Díaz, 2010

INFORME DEL DIRECTOR/ES DE LA TESIS

Don DIEGO MIGUEL GRACIA GUILLÉN, Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, hace constar que el trabajo de investigación realizado por Doña BEATRIZ OGANDO DÍAZ que lleva por título "EL CINE COMO HERRAMIENTA DOCENTE EN BIOÉTICA Y TANATOLOGÍA" ha sido realizado bajo mi dirección siguiendo una rigurosa metodología, presentando unos resultados interesantes y unas conclusiones derivadas de los anteriores que hacen que dicho trabajo de investigación pueda ser defendido para optar al Grado de Doctor.



Fecha 3 de diciembre de 2009

Fecha

Fecha

Firma

Firma

Firma

D.N.I. 12131765

D.N.I.

D.N.I.

(6) EVALUADORES ESPECIALISTAS EN LA MATERIA

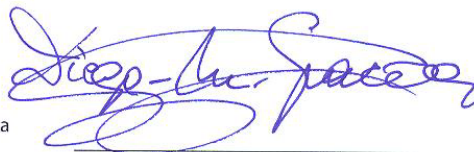
artº. 4.9 b y 4.9 c de la Normativa de desarrollo del R.D. 1393/2007 (Deberá indicarse cual de los especialistas está incluido en el programa de Doctorado)

Nombre	MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ GONZÁLEZ	D.N.I.	51.315.229
Centro	FACULTAD DE MEDICINA		
Nombre	DAVID MARTÍNEZ HERNÁNDEZ	D.N.I.	22.444.699
Centro	FACULTAD DE MEDICINA		
Nombre		D.N.I.	
Centro			

APROBACIÓN DEL ÓRGANO RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE POSTGRADO

(Se deberá reflejar la aprobación de la administración a trámite por el Órgano Responsable del Programa de Pstgrado, acompañando a este impreso los informes señalados en el art. 4.6, y los emitidos por los especialistas señalados en el apartado anterior, de acuerdo con la Normativa de Desarrollo de la UCM, del R.D. 1393/2007, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.

Reunida la Comisión de Doctorado del Departamento de MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PÚBLICA E HISTORIA DE LA CIENCIA, y una vez analizados la metodología y contenidos del trabajo de investigación realizado por Doña BEATRIZ OGANDO DÍAZ que lleva por título "EL CINE COMO HERRAMIENTA DOCENTE EN BIOÉTICA Y TANATOLOGÍA" acuerdan informarlo favorablemente para que pueda ser defendido como Tesis Doctoral.



Fecha 4 de diciembre de 2009

Firma



TESIS DOCTORAL

EL CINE COMO HERRAMIENTA DOCENTE **EN BIOÉTICA Y TANATOLOGÍA**

Programa de Doctorado: Ciencias Sociosanitarias y Humanidades Médicas. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, e Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

Doctoranda: Beatriz Ogando Díaz.

Director de la Tesis: Profesor Diego Gracia Guillén.

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas que, sutil o definitivamente, me han ayudado a terminar este proyecto, algunas desde hace años y otras en la recta final. Me gustaría reconocer públicamente mi más sincero agradecimiento a algunas de ellas.

A Luís García Olmos, que me señaló el camino de baldosas amarillas.

A Diego Gracia, que me enseñó a transitar por él.

A Concha Bonet y Javier Sanz, por el sol de los domingos, y de los viernes.

A mis queridos “pata negra” Ana Giménez y Miguel Ángel García Pérez, por las muchas horas compartidas de conversación y entusiasmo, o sea, de amistad.

A mi familia y especialmente a mi hermana Cristina, por la paciencia en la lectura y el acierto con que sugirió mejoras al texto.

Y por supuesto a los profesores que contestaron mis impertinentes preguntas sobre sus hábitos docentes. A ellos, gracias por mantener encendidos los proyectores en las aulas y dejar a sus alumnos asomarse a la vida - y a la bioética - por la ventana indiscreta del cine.

*Les dedico esta tesis a mis hijos, Diego y Álvaro,
para que no olviden que es la vida, más que la muerte,
la que no tiene límites.*

Y a Javier, el Alquimista, sin ninguna duda.



**Dadme una buena película
y moveré el mundo.**

INDICE

INTRODUCCIÓN

13

1.1. El cine como recurso docente en la enseñanza médica universitaria. Antecedentes y experiencias en España.	15
1.2. Cómo morimos en el siglo XXI: Aspectos emocionales, culturales, antropológicos, sociales y tecnológicos asociados al hecho de morir en el siglo XXI.	20
1.3. Ética y tanatología: síntesis de los principales problemas éticos del final de la vida.	28
1.3.1. Problemas en el ámbito de la comunicación e información.	
1.3.1.a.- <i>Derecho a la información y conspiración de silencio.</i>	28
1.3.1.b.- <i>Confidencialidad y rechazo de la información.</i>	30
1.3.2. Problemas en cuanto al consentimiento informado y la capacidad para la toma de decisiones.	
1.3.3. Problemas respecto a los tratamientos.	30
1.3.3 a.- <i>Tratamiento del dolor y otros síntomas: principio del doble efecto y sedación terminal y/o paliativa. Mitos de los opiáceos.</i>	31
1.3.3.b.- <i>Adecuación o limitación del esfuerzo terapéutico. Rechazo de tratamientos de soporte vital. Rechazo de medidas de mantenimiento de la vida (hidratación y/o nutrición).</i>	35
1.3.4. Planificación anticipada de los cuidados e Instrucciones previas.	37
1.3.5. Ayuda a morir: Suicidio asistido y Eutanasia.	39
1.3.6. Obligaciones morales: Deber de no abandono y sensibilidad ante el sufrimiento.	42
1.3.7. Otros conflictos éticos.	43
1.4. Necesidad de aprender/enseñar a acompañar en el morir a los profesionales sanitarios. Competencias esenciales para atender los aspectos éticos que plantea la muerte.	44
1.5. Ética narrativa: escenarios, herramientas y utilidades.	50

2. OBJETIVOS

55

PRINCIPAL:

- Desarrollar una **metodología docente en bioética del final de la vida** a través de la utilización del cine como herramienta pedagógica para los estudios de pregrado, posgrado y especialización en Medicina.

SECUNDARIOS

- Valorar la presencia de la bioética en la formación de los médicos en España.
- Enfatizar la importancia de la enseñanza de algunas competencias esenciales en humanidades médicas (bioética, comunicación asistencial, competencias emocionales).
- Favorecer la reflexión sobre cuestiones éticas del final de la vida entre los estudiantes de Medicina mediante el análisis de películas o fragmentos significativos.
- Aportar nuevos elementos de análisis a los distintos modos de morir en el siglo XXI.

3. MATERIAL Y MÉTODO

59

- 3.1. Análisis de la presencia de la bioética en las Facultades de Medicina españolas. 61
- 3.2. Análisis de las experiencias docentes que utilicen el cine para aproximarse a la bioética, así como la metodología empleada. 61
- 3.3. Análisis de los programas docentes de las distintas especialidades médicas. 62
- 3.4. Análisis del cine español en relación con la muerte en el siglo XXI. 63

4. RESULTADOS Y DESARROLLO

65

- 4.1. Programas de formación en bioética en las Facultades de Medicina españolas. 67
- 4.2. Experiencias docentes que utilizan cine para aproximarse a la bioética. 69

4.3. Programas de formación de especialidades médicas que aborden específicamente las competencias en bioética.	75
4.4. Películas españolas que han tratado los modos de morir en el presente siglo. Selección de películas comerciales.	81
5. DISCUSIÓN	107
5.1. Bioética para médicos.	109
5.2. Cine, Medicina y Bioética.	112
5.3. La muerte en el cine español.	120
6. PROPUESTA DE METODOLOGÍA DOCENTE PARA DESCUBRIR Y ANALIZAR LA BIOÉTICA DEL FINAL DE LA VIDA A TRAVÉS DEL CINE	127
6.1. ¿Para qué?: objetivos docentes en ética.	129
6.2. ¿Cuándo?: pregrado, posgrado y médicos en el periodo de residencia.	130
6.3. ¿Cómo?: propuesta metodológica de utilización del cine en las aulas.	131
7. CONCLUSIONES	147
8. BIBLIOGRAFÍA	153
9. APÉNDICES	173
APÉNDICE 1.- Cuestionarios sobre Cine y Bioética en Facultades de Medicina.	177
APÉNDICE 2.- Cuestionarios y programas de asignaturas de Cine y Medicina.	199
APÉNDICE 3.- Contenidos en bioética en los programas formativos de las especialidades médicas.	223
APÉNDICE 4.- Fichas técnicas de las películas españolas analizadas.	263
APÉNDICE 5.- 100 Películas útiles.	293

1. INTRODUCCIÓN

1.1. EL CINE COMO RECURSO DOCENTE EN LA ENSEÑANZA MÉDICA UNIVERSITARIA. ANTECEDENTES Y EXPERIENCIAS EN ESPAÑA.

La imagen posee una poderosa fuerza comunicativa directa, mayor que la que tradicionalmente han tenido las narraciones orales. El cine y la televisión, medios de gran impacto social, presentan muchas posibilidades de información, divulgación y reflexión colectiva. Con ellos se pueden abordar situaciones comprometidas emocionalmente, en las que no es fácil encontrar cauces de intercambio de actitudes, y desarrollar un imaginario social que permita ir delimitando un espacio ético en el que incluir lo que se considera admisible desde el punto de vista general.

El cine puede ayudar a comprender mejor al ser humano, sobre todo desde un plano emocional. Julián Marías señala al cine como el instrumento por excelencia de la educación emocional en nuestro tiempo:

La gran potencia educadora de nuestro tiempo es sin duda el cine. Más que la Universidad y la difusión generalizada de la enseñanza... porque el cine ha afectado a todas las dimensiones de la vida... ha sido el más eficaz instrumento de paideia, y con un alcance universal. Si la palabra educación tiene algún sentido es precisamente este: la mostración de la realidad con sus virtualidades, la participación en ella, la pluralidad de perspectivas, que invierte la inveterada tendencia a la simplificación y al esquematismo o el trato apresurado y utilitario de las cosas... Presenta (el cine) un desfile inagotable de modelos humanos, de formas de humanidad, de maneras de ser hombre y mujer ligadas a las vigencias de cada época. Nunca había sido esto ni remotamente posible antes del siglo XX, que goza de un privilegio sobre el que normalmente se pasa por alto... El cine recuerda al hombre lo más verdadero de su realidad, lo presenta en su acontecer, y así lo obliga a ver, imaginar, proyectar, tener presente la ilimitada diversidad de la vida y la necesidad de elegir entre las trayectorias abiertas.¹

¹ Véase Marías J. *La función del cine en el siglo XX*. En: *La educación sentimental*. Madrid: Alianza Editorial; 2005. p 211-220.

En muchas ocasiones el cine se ha asomado a la enfermedad y a los modos de morir para narrar una historia intimista donde recrear en primera persona la historia de todos los hombres que de forma más o menos consciente se saben vulnerables y mortales, pero sin posibilidad de experiencia previa salvo en la muerte de los otros. A través del cine se pueden transmitir con claridad los sentimientos que generan la enfermedad y la discapacidad, a la vez que el temor, la soledad, el sufrimiento, la angustia y el desamparo que acompañan a la certidumbre de la muerte próxima. La alteración del proyecto vital que acompaña a la enfermedad es fácilmente narrada y comprendida por los espectadores, que son capaces de identificar y empatizar con los sentimientos que se muestran de forma verosímil aunque no necesariamente reflejen situaciones reales. El cine se presenta entonces como una posibilidad de acercamiento a una realidad, la de la muerte, temida y escondida en nuestra sociedad actual.

¿Cómo pueden las narraciones cinematográficas aportar algo a una mejor comprensión de la enfermedad y la muerte, si es que pueden hacerlo? Aun siendo algo objetivo, el análisis de esta realidad no puede ser meramente racional. Las narraciones aportan un saber emocional, simbólico y metafórico, a la vez que concreto y particular. La literatura y el cine cuentan historias que trascienden el lenguaje para convertirse en fuente de emociones y sentimientos. Pero cabe señalar que el componente específicamente visual de las narraciones cinematográficas facilita la empatía por su mayor impresión de realidad. La interpelación es inmediata, como afirmaba León Tolstói:

*Estos rápidos cambios de escena, esta mezcla de emoción y sensaciones, es mucho mejor que los compactos y prolongados párrafos literarios a los que estamos acostumbrados. Está más cerca de la vida. También en la vida los cambios y transiciones centellean ante nuestros ojos y las emociones del alma son como huracanes. El cinematógrafo ha adivinado el misterio del movimiento. Y ahí reside su grandeza.*²

² Citado por Muñoz en: Muñoz S, Gracia D. *Médicos en el cine. Dilemas bioéticos: sentimientos, razones y deberes*. Madrid: Editorial Complutense; 2006. pg 9.

Se han señalado a las neuronas en espejo como elemento clave para comprender la influencia del cine en los seres humanos. Como apuntan Astudillo y Mendinueta, con ellas estaríamos biológicamente equipados para la empatía y la compasión, para romper las barreras que nos separan de los otros y sentir como ellos³. El camino moral a recorrer con el cine sería: de la imagen a la emoción, y del sentimiento al juicio crítico.

Las emociones han adquirido una relevancia manifiesta en la actual reflexión moral, movilizando nuestras creencias y opiniones y facilitando la comprensión racional y afectiva de las experiencias ajenas. El componente emocional del enfermar y morir está ausente de los libros de texto médicos clásicos, siendo necesarias otras herramientas más narrativas que permitan explorar y expresar el mundo sentimental que acompaña de forma inevitable al quehacer médico⁴.

Por todo ello, el cine se presenta como una valiosa herramienta docente para acercar contenidos éticos y emocionales a los alumnos. Existen propuestas docentes en educación en valores en la educación reglada, en las que se han utilizado películas comerciales para tratar temas como los derechos humanos, la libertad, la discapacidad, la violencia, la solidaridad... incluso en el ámbito de la pedagogía de la muerte en las aulas⁵. A nivel universitario empiezan a generalizarse experiencias curriculares sobre cine y medicina, sobre todo en los niveles de pregrado de ciencias de la salud, en las que el cine se utiliza como recurso didáctico para introducir los aspectos más humanísticos, éticos, emocionales y relacionales que están poco presentes en los currículos clásicos, más pendientes por regla general de los contenidos científico-técnicos y del pensamiento lógico positivista. Son destacables las experiencias de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona⁶, Universidad

³ Véase: Astudillo Alarcón W, Mendinueta Aguirre C. *El cine como instrumento para una mejor comprensión humana*. Rev Med Cine 2008;4(3):131-136.

⁴ Es interesante el material comentado tanto literario como cinematográfico de la página de formación médica Fistera.com: <http://www.fistera.com/human/1libros/libros.asp> y <http://www.fistera.com/human/3arte/cine.asp> y la de la New York University School of Medicine: *Literature, Arts and Medicine Database*: <http://litmed.med.nyu.edu/Main?action=aboutDB> (visita 19/07/2009).

⁵ Véase la página web de la Universidad de Huelva: *Cine y educación*. <http://www.uhu.es/cine.educacion/> (visita 19/07/2009).

⁶ Véase Baños Díez JE. *¿Cuál debe ser el grosor del escudo? La enseñanza de las sutilezas de la relación médico-paciente mediante obras literarias y películas comerciales*. Rev Med Cine

Autónoma de Barcelona⁷, Universidad de Salamanca⁸, Universidad de Granada⁹, Universidad de Sevilla¹⁰, Universidad de Oviedo¹¹, así como las de algunas unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitaria¹².

Para poder comprender el dolor y el sufrimiento ajeno o las distintas opciones que los hombres eligen ante la enfermedad o la muerte no es suficiente un acercamiento teórico. Al ser contenidos muy comprometidos emocionalmente, el cine permite ver el sufrimiento con una cierta distancia afectiva, pero implicándose al empatizar con lo visto y oído. Pueden utilizarse determinadas escenas para aclarar los términos de los modos de enfermar y morir y ayudar a los estudiantes a reconocer las emociones que estas situaciones les generan, a la vez que se inicia un trabajo madurativo con ellas. En las películas, el componente humano y la vulnerabilidad ante el sufrimiento son trascendentales, y se hace patente el impacto personal, familiar y social de la enfermedad y la muerte. Las proyecciones tienen un efecto facilitador para comprender la complejidad de las situaciones por las que pasan los pacientes,

2007; 3 (4): 159-165. Disponible en: http://campus.usal.es/~revistamedicinacine/Vol_3/3.4/esp.3.4.pdf/escudo.pdf (visita 19/07/2009). Véase también: Baños Díez JE, Aramburu Beltrán JF, Sentí Capés M. *Biocinema: la experiencia de emplear películas comerciales con estudiantes de Biología*. Rev Med Cine 2005; 1 (2): 42-46. Disponible en: http://campus.usal.es/~revistamedicinacine/numero%202/esp_2/biocinema_esp.pdf (visita 19/07/2009).

⁷ Véase Loscos J, Baños JE, Loscos F, de la Cámara J. *Medicina, Cine y Literatura: una experiencia docente en la Universitat Autònoma de Barcelona*. Rev Med Cine 2006; 2 (4): 138-142. Disponible en: http://campus.usal.es/~revistamedicinacine/Volumen_2_1/n4/esp_4_pdf/med_lit_cine.pdf (visita 19/07/2009).

⁸ Véase Fresnadillo Martínez MJ, Diego Amando C, García Sánchez E, García Sánchez JE. *Metodología docente para la utilización de la microbiología médica y las enfermedades infecciosas*. Rev Med Cine 2005; 1 (1): 17-23. Disponible en: http://campus.usal.es/~revistamedicinacine/numero_1/version_espanol/esp_1/metod_esp.pdf (visita 19/07/2009).

⁹ Véase Menéndez A, Medina RM. *Cine, historia y medicina. Seminario de la asignatura de Historia de la Medicina*. Suplemento de Conecta. Boletín de Noticias sobre Historia de la Ciencia, de la Medicina y de la Tecnología nº1 (Disponible en <http://www.dsp.umh.es/conecta/cmh/Cine.pdf> visita 19/07/2009).

¹⁰ Véase la página de la asignatura *Cine y Medicina*. <http://fama2.us.es:8080/wikisalud/index.php/Portada> (visita 19/07/2009).

¹¹ Véase la asignatura *Cine y Medicina*. http://directo.uniovi.es/postgrado/cabecera_ep.asp?Curso=2009&IdPrograma=5387 (visita 19/08/2009).

¹² Entre ellas destacan las experiencias de la UDMFyC de Málaga (Véase Ortega Belmonte MJ et al. *Aprendiendo con el cine: un instrumento puente entre la realidad y las ideas en el proceso de morir*. Rev Med Cine 2008; 4: 113-121. Disponible en: http://campus.usal.es/~revistamedicinacine/Vol_4/4.3/esp.pdf/aprendiendo.pdf) y la UDMFyC de Valencia (Véase Almendro Padilla C, Suberviola Collados V, Costa Alcaraz AM. *Metodología de utilización del cine-fórum como recurso docente en Bioética*. Tribuna docente 2006; 8(5): 1-9 (Disponible en: http://www.tribunadocente.net/imagenes/publicaciones/5_Experiencias.pdf visita 19/07/2009).

sus familias y los profesionales que les atienden, y aportan elementos nuevos para el análisis previo a la toma de decisiones.

Como experiencia de aprendizaje a través del cine, es muy destacable la publicación periódica *Revista de cine y medicina* de la Universidad de Salamanca, que desde 2005 ofrece una exhaustiva revisión de las posibilidades del cine en la formación, tanto de materias específicas (psiquiatría, enfermedades infecciosas y microbiología, neurología, farmacología, derecho sanitario...) como de competencias esenciales (relación asistencial y comunicación, empatía, bioética¹³). También lo es la sección de *Bioética y cine* de la *Revista de Bioética y Derecho* del Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona¹⁴.

El cine, en definitiva, desarrolla la sensibilidad, la capacidad de observación y percepción, la asociación de ideas, reflexiones y nuevas formas de pensamiento, y facilita la exteriorización de los sentimientos. Puede a la vez servir de ayuda para encontrar nuevas formas de interaccionar con los pacientes, para aprender a respetar su autonomía, para pensar críticamente y romper algunos esquemas predeterminados. Puede, por último, ayudar a conseguir una mayor sensibilización social ante la enfermedad, el dolor y el duelo (individual, colectivo y social), la atención sociosanitaria al final de la vida y los nuevos modos de morir (suicidio asistido, necesidad de la sedación, eutanasia...), sobre todo *hacer visible* la muerte, tan drásticamente vedada y escamoteada en nuestra sociedad, para que pueda ser pensada, nombrada y normalizada.

¹³ Todos los números de la revista están disponibles en la página web: <http://campus.usal.es/~revistamedicinacine/>

¹⁴ Puede consultarse en la página web: <http://www.ub.es/fildt/revista/>. Como resultado de la recopilación de los diferentes artículos editados, se ha publicado el libro: García Manrique, R. *La medida de lo humano. Ensayos de Bioética y Cine*. Barcelona: Ed. Observatori de Bioètica i Dret - Associació de Bioètica i Dret; 2008.

1.2. CÓMO MORIMOS EN EL SIGLO XXI. Aspectos emocionales, culturales, antropológicos, sociales y tecnológicos asociados al hecho de morir en el siglo XXI.

En el último tercio del siglo XX se escriben dos de las reflexiones con mayor impacto en el estudio y aproximación a la muerte actual en Occidente. Se trata, en primer lugar, de las obras de la doctora Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra que dedicó gran parte de su labor profesional a acompañar a pacientes moribundos y que conversó con ellos sobre sus miedos, esperanzas y necesidades, utilizando sus contactos con los pacientes para enseñar a estudiantes y compañeros a mejorar su comportamiento frente a la muerte. *Sobre la muerte y los moribundos*, publicado en 1969, supuso el inicio de la comprensión de las fases por las que pueden transitar los enfermos en su camino de salida de la vida. La segunda gran aportación a la comunidad sanitaria es la obra del cirujano Sherwin Nuland *Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida*, valiente exposición del modo en que el cuerpo se prepara para morir, y de los elementos no biológicos que acompañan a este proceso. Desde entonces han sido numerosas las obras que han afrontado la muerte desde ópticas humanistas, destacando y analizando los elementos culturales, antropológicos, sociológicos, y psicológicos que acompañan al morir en el siglo XXI, en los que parece necesario detenerse.

De modo general cabe afirmar que la muerte no es una realidad simple, igual, inmutable, sino que es tan plural como plurales son las vivencias, creencias, valores y significados que cada ser humano, y la sociedad en conjunto, otorgan a la vida en general y a la muerte en particular. La vivencia de la muerte es claramente intersubjetiva, puesto que el hombre es un ser eminentemente social, sin olvidar otros componentes de la acción humana como son la racionalidad y la emotividad (sentimientos, deseos, afectividad), que van a ser claves en la interpretación de la realidad de la muerte. La muerte es a la vez natural y cultural al ser interpretada con la intención de explicarla y justificarla para poder asumirla con dignidad y sentido. El conocimiento de la muerte, de la propia y de la ajena, es patrimonio de la condición humana. El hombre, ese *ser para la muerte*, al tomar conciencia de que va a morir, se

reafirma en la conciencia de estar vivo. Y es esa conciencia de la muerte lo que nos hace mortales. Tal consideración no es sólo biológica, sino fundamentalmente social y cultural. Una de las principales diferencias con los animales consiste en la capacidad y necesidad del ser humano de enterrar a los muertos, o al menos, de establecer determinados ritos funerarios con un alto poder simbólico, que facilitan la aproximación, asimilación y naturalidad de la muerte. Los rituales de la muerte la humanizan, la hacen consciente y simbólica.

La muerte es una experiencia innegablemente única para cada individuo, pero de la que no se puede tener conocimiento empírico salvo en la muerte de otros. Sólo tras la experiencia de las pérdidas nos hacemos conscientes de que el deseo de inmortalidad no es más que eso, deseo, afán sin sentido, pues la vida sin la muerte no podría ser como es. Imaginar un mundo en donde la muerte sencillamente desaparezca, como sugiere Saramago en *Las intermitencias de la muerte*¹⁵, sería intolerable.

La crisis contemporánea en la que se enmarca la muerte en occidente conlleva que los hombres de hoy den la espalda a la muerte y vivan como si esta no existiera. La muerte se vuelve silenciosa, vergonzosa, y este es uno de los rasgos significativos de nuestro tiempo. El hombre parece no saber o no querer saber que va a morir; no queda nada de la noción de que el fin se acerca, y se muere en la ignorancia de la propia muerte. La sociedad en su conjunto ha expulsado la muerte, se opone a ella y busca nuevos modos de morir. Lo mejor es no pensar en ella, no nombrarla, vivir como si no fuéramos a morir. Si la muerte se cruza en el camino en forma de la muerte “del otro”, es preferible pasar de puntillas anulando los sentimientos que genera, procurando evitar la realidad dolorosa a la que nos enfrentamos. Alejamos la muerte del domicilio, maquillamos a los muertos para que tengan apariencia de vivos y sometemos el duelo a la magia de la alquimia a través de sedantes para que este sea más rápido y menos consciente.

La muerte, sin duda, es una pérdida real y global: de sentido vital, de la individualidad, de posibilidades, de relaciones significativas, de lazos y afectos... es un amenazante vacío, la nada. Y tanto mayor cuanto mayor es la

¹⁵ Saramago J. *Las intermitencias de la muerte*. Madrid: Alfaguara; 2005.

conciencia individual del ser humano, que se reconoce único e irrepetible. El hombre está perdido ante la realidad de la muerte y de su propia aniquilación. Necesita ser salvado y reencontrar su sentido: el mito y la religión aparecen como formas de rescate o recuperación del desastre de la muerte.

En cada uno de los distintos momentos históricos y en las distintas culturas ha existido siempre la pregunta sobre la muerte, y cada época ha dado una respuesta diferente. Antes de la Edad Media la muerte era advertida, uno sabía que iba a morir, siendo la muerte súbita la peor de las muertes posibles. En una ceremonia pública y organizada, familiar, próxima, tranquila y simple, sin excesivo impacto emocional, presidida por el moribundo, se admitía la muerte apaciblemente, sin retrasar el momento de morir. Era esta una forma de **muerte domesticada**.

Durante la Baja Edad Media se van introduciendo modificaciones sutiles que irán añadiendo un sentido dramático y personal a la familiaridad tradicional del hombre y la muerte. Es fundamental una nueva preocupación por la singularidad de cada individuo a la que se añade la idea del juicio final, particular e individual, según el balance de su vida, apareciendo un nuevo elemento: la figura de Dios como árbitro o testigo. La solemnidad de la muerte cobra entonces un matiz dramático por esta sensación de ser juzgado, con una carga emocional que no tenía hasta entonces. El papel del moribundo es reforzado, sigue siendo el centro de la acción que preside y determina por su voluntad. La muerte se convierte entonces en el lugar, mejor que en ningún otro, donde el hombre toma conciencia de sí mismo.

A partir del siglo XVIII, el hombre de las sociedades occidentales tiende a dar a la muerte un sentido nuevo: la exalta, la dramatiza, la quiere impresionante y acaparadora, aunque se irá ocupando menos de su propia muerte y más de la del otro; el recuerdo y añoranza del otro marcarán la muerte romántica. La muerte es una trasgresión de la vida cotidiana, es ruptura. Esta idea es completamente nueva y se opone de lleno a la idea previa de familiaridad y proximidad de la muerte domesticada. La muerte es ahora pavorosa y obsesiva. Esto puede observarse en los cambios que se producen en el ceremonial. Aunque siga estando presidido por el moribundo, se presentan nuevas emociones en los acompañantes, que ahora se agitan,

lloran, rezan, gesticulan, traduciendo un dolor único y nuevo. El luto se exagera, los deudos se desmayan, languidecen.... La muerte temida no es la de uno mismo, sino la muerte del otro. Esta expresión de los supervivientes se debe a una intolerancia extrema a la separación, que no sólo se verá en la cabecera del enfermo, sino en la realidad social: la sola idea de la muerte conmueve.

Hasta la segunda mitad del siglo XX la actitud frente a la muerte cambió lentamente. A partir de entonces asistimos a una revolución brutal de las ideas y los sentimientos tradicionales. Entre ellos, la muerte se difumina y desaparece, se vuelve vergonzante y objeto de tabú. El entorno del moribundo se empeña en protegerle y esconder la gravedad de su estado; la verdad empieza a plantear problemas. La mentira se justifica por la intolerancia a la muerte del otro y por la confianza que el moribundo ha depositado en el entorno. La muerte se vive como un fracaso o una traición. Pero se observa un paso más allá: se trata de evitar, no ya sólo al moribundo sino a la sociedad en general, el desasosiego y la emoción insostenible que causa la fealdad de la agonía y la irrupción de la muerte en plena felicidad de la vida, puesto que es común el pensar que la vida es siempre dichosa o cuando menos debe parecerlo. Los rituales de la muerte empiezan a vaciarse de su carga dramática: el proceso de escamoteo ha comenzado. Este fenómeno progresivo se ve claramente potenciado por la creciente tecnificación de los cuidados, y el desplazamiento del lugar de la muerte. Ya no se muere en casa con la familia y allegados, sino en el hospital y solo, sin la posibilidad de una ceremonia ritual presidida por el moribundo. La muerte es ahora un fenómeno técnico conseguido por el cese de los cuidados, decisión tomada por el médico y su equipo. El moribundo en no pocas ocasiones ha perdido la conciencia. No se tienen fuerzas para esperar durante semanas un momento que ha perdido una parte de su sentido. La iniciativa corresponde ahora a la familia y al médico, ellos son los dueños de la muerte, del momento y de las circunstancias. La sociedad, los vecinos, los amigos, los colegas, los niños deben advertir lo menos posible que la muerte ha pasado. Las ceremonias deben ser discretas y evitar al máximo la emoción. Las manifestaciones aparentes del luto son condenadas y desaparecen; el duelo se ha convertido en un estado mórbido que hay que curar, abreviar y borrar, suprimiendo radicalmente todo lo que

recuerde a la muerte. Una pena demasiado visible inspira repugnancia, es un signo de desequilibrio mental o de mala educación. No se debe llorar delante de los niños para no impresionarlos. Es casi obsceno. El duelo será en solitario, aunque el sentimiento no desaparece sino que es violentamente reprimido. La discreción aparece como la forma moderna de la dignidad ante la muerte.

La muerte se consolida como principal tabú en el siglo XX: no hay que nombrarla en público ni obligar a otros a nombrarla, pues sólo con hacerlo se desencadena una tensión emocional incompatible con la regularidad de la vida cotidiana. El moribundo ha perdido el papel destacado que la tradición le había otorgado durante milenios; la muerte será solitaria, cruel. La sociedad se paraliza por el tabú de la muerte, y la toma de decisiones se reserva a la familia y los médicos. Es la **muerte vedada**.

En esta evolución histórica se pasa del primer sentimiento de familiaridad con la muerte sin miedo ni desesperación, a un sentimiento más personal e interior de la propia muerte, para en la época moderna entender la muerte como separación no admitida (la muerte del otro, del amado). La muerte se hace lejana, dramática, innombrable. La vida sucede *como si* no fuéramos mortales.

De forma paradójica, en nuestra sociedad la muerte se hace familiar en los medios de comunicación social, pero como un hecho exterior, de otros, en el que lo más importante es que *yo no estaba allí*. La ficción y el ocio son cada vez más violentos y en ellos la muerte desempeña un papel recreativo, incluso relajante. Se presenta la muerte trágica, dramática, lejana y anónima de las grandes catástrofes naturales, genocidios, atentados masivos, guerras interminables... pero resulta difícil ver el rostro conocido y cercano de la muerte familiar. Saturados de muerte ajena, no existe posibilidad de reflexión crítica sobre la propia muerte. Este alejamiento imaginario revela la incapacidad de la sociedad de abordar un tratamiento simbólico de la muerte actual.

Es posible afirmar que, de alguna manera, el grado de “humanidad” de una cultura se expresa en la sinceridad con que se enfrenta al hecho de la muerte, integrándolo, dignificándolo o por el contrario escamoteándolo. Una sociedad estará deshumanizada si impide al ser humano ser dueño de su propia muerte. Actualmente presenciamos un rechazo cultural de la muerte en

occidente, con un creciente desconocimiento social de la misma. No sabemos cómo hay que morir, no existen enseñanzas sobre la muerte y por extensión tampoco se entiende el sufrimiento, la adversidad, el dolor. El actual laicismo convive con la pérdida de valores religiosos que le daban cierto sentido a la muerte. Las distintas religiones proporcionan un marco “tranquilizador”, dan una respuesta o al menos establecen una serie de ritos que facilitan la toma de decisión o incluso la postura a adoptar, la respuesta emocional, y la actitud adecuada de quien muere o de quien protagoniza la pérdida.

Las ideas de progreso y eficacia técnica dificultan la construcción definitiva de un lugar para la muerte y los moribundos en el imaginario colectivo. El contenido semántico autónomo de la muerte va desapareciendo. La “buena muerte” de antaño ya no es más la muerte avisada y consciente, como la de Alonso Quijano, que nos relata Cervantes en el último capítulo del Quijote:

Llamaron sus amigos al médico, tomole el pulso, y no le contentó mucho y dijo que, por sí o por no, atendiese a la salud de su alma, porque la del cuerpo corría peligro...Y Don Quijote dice: Yo me siento sobrina a punto de muerte... Llámame, amiga, a mis buenos amigos, al cura, al Bachiller Sansón Carrasco y a maese Nicolás el barbero, que quiero confesarme y hacer mi testamento...Yo, señores, siento que me voy muriendo a toda priesa.¹⁶

Por el contrario, en la actualidad lo deseable es morir durante el sueño o sedado, o de forma súbita y sin advertirlo, en un ambiente de analgesia y anestesia emocional.

La relación actual con la muerte (y con la vida) ha sido radicalmente medicalizada en especial desde finales del siglo XIX, y con espectacular profusión en el siglo XX. Los profesionales sanitarios viven la muerte no ya sólo como un fracaso sino más bien como un castigo del que deben huir a toda costa. Pero se vislumbran algunos cambios. Desde el último cuarto de siglo XX se ha producido un movimiento social que reivindica el respeto a las decisiones

¹⁶ En la edición de Francisco Rico. Barcelona: Editorial Crítica; 2001 p. 1215-1218.

autónomas, reconociéndose como un derecho fundamental y designando al individuo como el propietario del derecho a la información. Este fenómeno de alguna forma está desplazando la hegemonía familiar en la toma de decisiones sanitarias, entre las que claramente se encuentran las decisiones en torno al final de la vida. Aunque la muerte no ha dejado de ser temida, una parte de los ciudadanos reclaman ese derecho a participar en sus cuidados y desean tomar decisiones incluso por anticipado para poder determinar lo que querrían que se hiciera con ellos cuando no estén en condiciones de poderse expresar: es lo que se conoce como instrucciones previas o testamentos vitales y que sería una forma prospectiva de ejercer la autonomía. Y no sólo en el momento de morir. El ciudadano quiere ser informado del proceso en que se encuentra, las posibilidades terapéuticas, los riesgos y beneficios de las intervenciones, desarrollando una planificación activa de los cuidados según la trayectoria previsible de su enfermedad. En esta trayectoria se presentarán progresivas pérdidas y recuperaciones, y en su acompañamiento y cuidado el concepto fundamental de manejo es la calidad de vida. Este es un término tan difícil de definir y unificar como la dignidad del morir, pero sobre ellos dos gira el discurso actual entre profesionales sanitarios y pacientes.

Persiste el debate, aún por resolver, sobre si el ser humano es titular o no del derecho a la vida, si la vida humana es un bien jurídico de titularidad social o individual, si es posible disponer de ella, si esta es o no renunciable, y en el caso de que lo sea si es lícito solicitar ayuda para renunciar al derecho a vivir. Es necesario ir delimitando las condiciones de posibilidad (morales, legales, filosóficas, sociológicas, antropológicas y culturales) de cada una de las opciones. Entre ellas se encuentra la reflexión sobre la legitimidad de la eutanasia, entendida como un derecho individual, personalísimo, que ningún otro puede ejercer por representación, y que llevaría parejo el derecho de objeción de conciencia por parte de la persona a la que se solicita el acto causante de la muerte a petición. La legitimación de la eutanasia como buena muerte en sentido muy general dependerá del alcance que la sociedad otorgue a la autonomía humana, la libertad y la dignidad. Juzgar si la vida vale la pena ser vivida es la pregunta que todos necesitamos respondernos de forma personal, y en la que es también necesaria una profunda reflexión social.

El debate sobre los modos de morir del siglo XXI permanece abierto. Morir *con propiedad*¹⁷, con lo que es *propio*¹⁸ de cada uno, sería la forma de morir en la que el sujeto puede (si quiere) decidir cómo, cuándo, con quién y dónde morir. Cada hombre tomaría las riendas de su propio proceso final, o sería libre de decidir que otros las tomaran por él, devolviendo el protagonismo al sujeto como ser autónomo moral y con capacidad y serenidad suficientes para afrontar el momento más inevitable de la existencia, el único previsible. La *muerte apropiada*¹⁹ sería el modo de entender el morir de todos y de cada uno, respetando la individualidad (sin olvidar al entorno sociocultural), no impuesto ni escondido salvo por elección, retomando la idea de binomio inseparable vida-muerte en el que una a otra se dan sentido. Disminuir las fantasías de inmortalidad, alejar las anestésias emocionales, y trabajar desde la infancia la naturalidad de la muerte y sus distintos significados nos acercarían y devolverían la propiedad de la muerte.

La sociología, la antropología, la psicología, la filosofía y otras ciencias y campos del conocimiento de lo humano, así como la literatura, el cine y los medios de comunicación parecen estar pendientes de la muerte actual con un especial interés en redefinir y redescubrir formas de morir que puedan ser aceptables en nuestro momento sociocultural. La muerte y el morir nos ocupan y preocupan, aunque este sea uno de los grandes tabúes de nuestros días, por no decir que el más importante, acompañado por la incomprensión del sufrimiento, la adversidad y el dolor.

Algunos de estos condicionantes, así como las nuevas posibilidades en la forma tecnológica del morir contemporáneo, hacen necesaria una reflexión sobre los conflictos éticos en el final de la vida a los que habrá que hacer frente en el siglo XXI.

¹⁷ Propiedad: Derecho de poseer una cosa y poder disponer de ella. Atributo o cualidad esencial de una persona. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 21ª ed, 1992.

¹⁸ Propio: Perteneciente a uno que tiene la facultad exclusiva de disponer de ello. Característico, peculiar de cada persona. Conveniente, adecuado. Natural, no artificial. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 21ª ed, 1992.

¹⁹ Apropiado. Proporcionado para el fin a que se destina. Hecho propio de alguno. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 21ª ed, 1992.

1.3. ÉTICA Y TANATOLOGÍA: SÍNTESIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS ÉTICOS DEL FINAL DE LA VIDA.

Según los condicionantes sociológicos, antropológicos, psicológicos y tecnológicos antes señalados y los nuevos modos de morir del siglo XXI, es preciso reflexionar de forma breve sobre los principales problemas éticos que pueden presentarse en el acompañamiento y asistencia al final de la vida en nuestra era, teniendo en cuenta que afectan a los ejes principales de la bioética clínica (comunicación, confidencialidad, consentimiento, capacidad de tomar decisiones autónomas, continuidad de los cuidados) en un entorno especialmente sensible, de mayor sufrimiento y vulnerabilidad.

1.3.1. Problemas en el ámbito de la comunicación e información.

1.3.1.a.- Derecho a la información y conspiración de silencio.

Actualmente la información se reconoce como un derecho del paciente, del que él es el titular, y cuya gestión, siempre que haya capacidad suficiente, recae en el propio paciente. A pesar de ello, se presentan en ocasiones situaciones en el final de la vida en que la familia y los profesionales que atienden al paciente le niegan la información necesaria para poder tomar sus propias decisiones de forma autónoma. La intención, aparentemente benéfica, se ampara en la creencia de que el impacto emocional producido por la mala noticia a comunicar, la muerte próxima, no podrá ser superado por el paciente. La situación de ocultamiento familiar y profesional se denomina “**conspiración de silencio**”. A la falta de información se puede añadir un engaño activo, haciéndole creer en sus posibilidades de curación si sigue el tratamiento indicado. Esto crea en el paciente frustración y culpa al no encontrar mejoría pese a cumplir con las recomendaciones. La conspiración de silencio añade a sus problemas éticos el hecho de la imposibilidad de elegir los momentos finales, por ejemplo la sedación, o el lugar del fallecimiento.

Si los profesionales defienden el derecho a saber la verdad necesaria para tomar sus propias decisiones, se pueden vivir situaciones de auténtica coacción por parte de la familia para mantener y cooperar en el silencio y el engaño. En estas situaciones resulta difícil para los profesionales enfrentarse a

la familia a favor del paciente, y evitar que se vulneren los derechos del paciente y se le niegue el derecho a ejercer su autonomía (si no existe una valoración de la capacidad negativa). Resulta esencial hacerles ver la importancia de dar al paciente la oportunidad de decidir hasta dónde quiere saber y participar en la toma de decisiones, que en el final de la vida no son sólo sanitarias; también emocionales (despedirse, arreglar temas personales no resueltos) y legales (reparto de bienes).

En aquellos casos en que se pueda acreditar que la información sería realmente perjudicial para el paciente, y tras dejar constancia en la historia clínica, se podría limitar el derecho del paciente a recibir información, y tomar decisiones de sustitución o representación, en virtud de la figura de la **necesidad terapéutica**, estableciendo el plan de cuidados con la familia. Esta práctica sería siempre la excepción y nunca la regla.

En la comunicación con los pacientes que viven su última enfermedad resulta imperativo manejar de forma adecuada las habilidades de comunicación. Al comunicar noticias con una fuerte carga emocional, es necesario preparar el escenario para amortiguar el impacto psicológico (tanto del paciente y su familia como de los propios profesionales), ayudar a asimilar la información y poner en marcha recursos de afrontamiento que faciliten la adaptación al proceso. Los pacientes identifican tres aspectos como básicos en la comunicación con sus médicos: recibir la información de forma comprensible, que el profesional se muestre sensible en relación a los aspectos emocionales y que exista una relación de confianza. El objetivo final es informar al paciente sin destruir su esperanza facilitándole un contexto de seguridad y confianza. Con ello es posible disminuir el miedo, la soledad, la incertidumbre y la vulnerabilidad que generan gran cantidad de sufrimiento, cambiándolos por esperanza, acompañamiento, sensación de control y respeto. A esto se debe añadir un claro y explícito compromiso de que, pase lo que pase y sean cuales sean las decisiones que el paciente tome, los profesionales estarán a su lado hasta el final. La responsabilidad moral aquí es un imperativo al que no se puede renunciar.

1.3.1.b.- *Confidencialidad y rechazo de la información.*

Para los enfermos que están transitando por las etapas finales de su vida es, en general, muy importante el papel que desarrolla la familia (o sus equivalentes emocionales, sobre todo los amigos), tanto en proporcionar cuidados básicos y de confort, como en el acompañamiento y alivio del sufrimiento moral (en todas sus manifestaciones). Es por esto inusual que los pacientes prefieran guardar la confidencialidad de su proceso y no compartirlo con la familia, aunque cabe señalar que de ser esta su opción, debería ser respetada, situación que puede ir haciéndose más frecuente con la paulatina y progresiva desestructuración social de las familias. En el caso más común en que el paciente quiere compartir su situación con las personas próximas a él, debemos seguir siendo garantes de la confidencialidad de sus datos frente a terceros, compartiéndola sólo cuando sea necesario y con consentimiento del paciente.

Se debe reconocer también el derecho del paciente a no querer recibir información, respetando su decisión y revisándola de forma periódica. En este caso las decisiones deben ser consensuadas con la persona en quien delegue el paciente, o si no existe, con el mejor criterio médico.

1.3.2. Problemas en cuanto al consentimiento informado y la capacidad para la toma de decisiones.

Tanto en el consentimiento como en la evaluación de la capacidad, la valoración ética general es la misma que realizaríamos con cualquier otro paciente, primando el respeto por las decisiones autónomas siempre que no exista incapacidad. Surgen en ocasiones dudas sobre todo en relación con la capacidad de tomar decisiones de gran trascendencia (sobre la vida y la muerte) en un escenario de extrema vulnerabilidad y con una carga emocional muy alta. Es prudente promover una aproximación “preventiva”, de planificación anticipada de los cuidados frente a situaciones comunes y previsibles, en la que se expongan al paciente en un momento sereno las posibilidades de actuación ante hechos que con alta probabilidad se darán en el futuro cercano. Esto permite al enfermo elaborar sus respuestas, recabar mayor información, consensuar con la familia sus deseos y reafirmarse en sus decisiones. También

le otorga la posibilidad de nombrar un representante que sirva de interlocutor cuando el paciente pierda su capacidad de decidir. Será así más probable no llegar a situaciones dominadas por la angustia que puedan privar al enfermo de la posibilidad de decidir por sí mismo en virtud de sus valores y prioridades.

También es tema de debate y que ha generado no pocos conflictos la necesidad de recabar el consentimiento por escrito ante determinadas prácticas del final de la vida, por ejemplo ante la sedación paliativa o terminal. Sin que exista consenso, las principales sociedades científicas de cuidados paliativos reconocen la dificultad de hacer firmar este tipo de documentos en momentos tan próximos a la muerte. Más allá de la dificultad y oportunidad del registro mediante un formulario en papel, es indiscutible que ante este tipo de actuaciones es imprescindible recabar el consentimiento del paciente o su familia en caso de incapacidad. Para ello será necesario disponer de tiempo, actitudes y condiciones adecuadas para transmitir la información, y aclarar tanto los términos del proceso como las dudas, miedos y temores que se pueden generar.

1.3.3. Problemas respecto a los tratamientos.

1.3.3.a.- Tratamiento del dolor y otros síntomas: principio del doble efecto y sedación terminal y/o paliativa. Mitos de los opiáceos.

El dolor es una experiencia psico-somática influida por el estado de ánimo y por la atribución de un significado. El sufrimiento por el contrario no va necesariamente ligado a sensaciones físicas. Puede definirse como un estado de malestar cognitivo y afectivo, originado por un acontecimiento que amenaza la integridad del individuo. El dolor se asocia al sufrimiento cuando se desconoce la causa que lo origina, si no puede controlarse, cuando se le atribuye un significado de amenaza, gravedad o muerte próxima y cuando se cree que se carece de recursos suficientes para hacerle frente.

En nuestro entorno de culto casi reverencial al analgésico, el dolor resulta intolerable desde un punto de vista social. La vida en su conjunto debe ser placentera, gratificante y satisfactoria. El dolor y el sufrimiento son un

fracaso del deseado bienestar, y deben ser combatidos enérgicamente. La salud como completo bienestar debe ser protegida y tutelada por el estado.

Los procesos asistenciales en los que el dolor es un síntoma predominante e incapacitante, como es frecuente en los momentos finales de la vida, necesitan un abordaje particularmente delicado y sensible a la necesidad de ayuda del paciente doliente y su entorno más próximo. Se deben favorecer estrategias adaptativas de afrontamiento que permitan convivir con situaciones que generan mucho estrés y ansiedad, y aumentar la sensación de control.

El dolor se interpreta como una amenaza tanto para la integridad física como para la propia identidad psicosocial y emocional. En razón de la esencial subjetividad del dolor, es preciso recordar una de las principales máximas de los cuidados paliativos: *“cuando un paciente dice que le duele, es que le duele”*. El dolor siempre es real para quien lo sufre. No es lícito por parte de los profesionales restringir o negarse a administrar analgesia a quien la solicita en presencia de dolor. Como problema de salud presente en la mayoría de enfermos que viven su última enfermedad, debería ser valorado como prioridad social y sanitaria, porque su control es indicador de la calidad de la asistencia en cualquier sistema sanitario de un país desarrollado. El alivio del dolor es un derecho del paciente y prácticamente siempre es posible. Los profesionales deben recordar al paciente su derecho a recibir alivio para el dolor incluso de forma preventiva y no sólo “a demanda”. Y deben tener también presente en su quehacer diario que el alivio del dolor es, además de una buena práctica clínica, un imperativo moral. El uso inadecuado y restrictivo de la morfina debe considerarse maleficente.

Las dificultades en el manejo del dolor en ocasiones son generadas por falta de conocimientos pero, en un porcentaje no despreciable, se deben a mitos que generan miedo (tanto en el terreno legal como en el moral) en la utilización de algunos fármacos o procedimientos como es el caso de los opiáceos. Estos mitos y tópicos están presentes en todos los actores implicados: el paciente y su familia y los profesionales sanitarios, incluso en algunas legislaciones sobre la materia. Entre estos **mitos**, cabe destacar los descritos en 1994 por el Dr Gómez Sancho²⁰:

²⁰ Véase Gómez Sancho M. *Los analgésicos opioides. Mitos y realidades. Indicaciones. Efectos secundarios. Dolores resistentes a la morfina. Causas del fracaso en el control del*

- La morfina es peligrosa porque causa depresión respiratoria.
- La morfina por vía oral es inefectiva.
- La morfina provoca euforia.
- Se hará un drogadicto.
- La tolerancia a la morfina se desarrolla rápidamente y al final ya no será efectiva.
- Si a un paciente de cáncer le han prescrito morfina, quiere decir que está muriéndose.
- Si el paciente tiene morfina en casa, se la robarán.
- El paciente usará la morfina para suicidarse.
- Es una especie de muerto que vive.

Estos mitos parecen estar implicados en el inadecuado tratamiento del dolor, puesto que los profesionales sanitarios tienen conocimientos técnicos suficientes sobre el uso de los analgésicos, pero su uso sigue siendo deficiente.

Es preciso mencionar y aclarar el principio del doble efecto. Este principio dice que, cuando una determinada actuación tiene dos efectos posibles, uno positivo y otro negativo, si la persona actúa buscando intencionadamente el positivo pero como consecuencia de ello se produce además, de forma no buscada, el negativo, la actuación es moralmente correcta. Se refiere al mecanismo mediante el cual podría en ocasiones precipitarse o anticiparse la muerte como resultado de los posibles efectos secundarios de un tratamiento analgésico o sedante (como la depresión respiratoria de los opiáceos). Esta situación se considera correcta (y habitual en cualquier otro tratamiento médico) y aceptable desde el punto de vista moral y legal. Al igual que se hace con otros fármacos, lo correcto será explicar, en el proceso de consentimiento informado, los posibles efectos negativos, para que el paciente los valore y en su caso, los acepte.

Otro aspecto controvertido es la **sedación paliativa**. Se define como la administración de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar uno o más síntomas refractarios que causen sufrimiento al paciente, contando con su consentimiento (expreso o delegado). **Síntoma refractario** es aquel que no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable en un plazo de tiempo razonable sin que comprometa la conciencia del paciente. Los síntomas refractarios más frecuentes son: delirio, hemorragia masiva, disnea o dolor intenso, pero no sólo se refieren a síntomas físicos. También el dolor moral intratable puede ser indicación de sedación.

En la sedación correctamente indicada, la muerte ocurrirá inexorablemente a consecuencia de la evolución de la enfermedad o sus complicaciones. No existe intención de provocar la muerte como medio de liberar del sufrimiento (lo que sí sería la intencionalidad de la eutanasia).

Existen unos **requerimientos éticos de la sedación paliativa** que son:

- Existencia de síntoma refractario.
- Intención de aliviar el sufrimiento.
- Disminución de la conciencia proporcionada al control del síntoma.
- Consentimiento tras una correcta información (al paciente y/o la familia).
- Si se plantea en la agonía, la supervivencia esperada debe ser de días u horas.

Se considera, pues, la sedación como una buena práctica clínica dentro del contexto de control de síntomas, y no estaría justificado no ofrecerla si estuviera indicada (se consideraría mala práctica). En las series publicadas su indicación puede llegar hasta un 52% de los casos, sin existir grandes variaciones entre la atención domiciliar u hospitalaria. Es necesario aumentar los conocimientos sobre indicaciones, fármacos empleados y posología, así como aclarar las dudas y valorar las actitudes en torno a esta práctica médica, señalando las diferencias entre la sedación y la eutanasia (Tabla 1).

Tabla 1. Diferencias éticas y técnicas entre sedación terminal y eutanasia.

	Sedación	Eutanasia
¿Cuál es la intención?	Aliviar el sufrimiento producido por un síntoma refractario.	Provocar la muerte a petición del paciente para evitar el sufrimiento.
¿Cómo se realiza?	Administrando fármacos para reducir el nivel de conciencia de forma proporcionada al control del síntoma.	Administrando fármacos a dosis letales que provoquen la muerte de forma rápida.
¿Cuál es el resultado?	Disminución del nivel de conciencia mientras acontece la muerte. Puede ser reversible.	Muerte anticipada. Es irreversible.

1.3.3.b.- Adecuación o limitación del esfuerzo terapéutico. Rechazo de tratamientos de soporte vital. Rechazo de medidas de mantenimiento de la vida (hidratación y/o nutrición).

Partiendo del reconocimiento de la libertad del paciente para decidir en los aspectos concernientes a su salud, siempre que tenga suficiente capacidad²¹, resulta éticamente adecuado y legítimo que el paciente pueda rechazar o retirar su consentimiento dado previamente para aquellos tratamientos que considere inadecuados o intolerables. Será imprescindible una adecuada información de alternativas y consecuencias de las decisiones tomadas. En ese proceso comunicativo se evalúa la capacidad del paciente, y si esta queda demostrada, no existe razón para imponer un tratamiento (salvo en medidas de salud pública o riesgo para terceros). El consenso de la

²¹ En caso de no tenerla, habría que recurrir a una decisión por representación – en caso de existir un representante – o a los deseos expresados anteriormente, planificación anticipada o instrucciones previas.

corrección ética y legal de estas medidas es unánime, aunque su aceptación en la práctica aún encuentra dificultades en nuestro país²².

Se habla de **limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico** cuando son los profesionales sanitarios los que consideran que las medidas disponibles son inútiles o fútiles, desproporcionadas, y que con ellas sólo se consigue prolongar la vida biológica, sin posibilidad de proporcionar una recuperación funcional con una calidad de vida mínima. En estas decisiones el peso principal recae en los profesionales sanitarios. En el **rechazo a un tratamiento**, es el propio paciente el que decide o bien no iniciar o suspender una medida que ya no considera adecuada para él. Se juzgan moralmente equiparables tanto el no inicio de medidas como la retirada de las mismas cuando llegan a ser inútiles. En cualquiera de los dos casos, es evidente que no es la actuación del profesional ni la decisión del paciente la que acarrea la muerte, sino la propia evolución de la enfermedad, mortal por su propia naturaleza. La limitación permite la muerte en el sentido que no la impide, pero en ningún caso es su causa. No hay posibilidad de hablar pues de eutanasia ni de ayuda al suicidio.

Dentro de este espectro de medidas, el acuerdo sobre la corrección ética no es unánime en lo relativo a la retirada de la alimentación e hidratación artificial. Se podrían considerar como medidas no terapéuticas sino de confort y cuidados básicos, por lo que es esencial conocer la opinión del paciente al respecto (deseos expresados anteriormente, planificación anticipada de cuidados, instrucciones previas).

²² Como ejemplo de ello, el caso de Inmaculada Echevarría, que rechazó una medida de soporte vital en medio de una gran controversia profesional, ética y mediática. Véase Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM. *El caso de Inmaculada Echevarría: implicaciones éticas y jurídicas*. Med. Intensiva [revista en Internet]. 2008;32(9):444-451. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v32n9/punto.pdf> (visita 26/07/2009).

1.3.4. Planificación anticipada de los cuidados e Instrucciones previas.

En nuestro país, siguiendo el mandato de la Ley 41/2002²³, se ha desarrollado con profusión la legislación relativa al derecho de los ciudadanos a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario. Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

El desarrollo autonómico de la legislación ha dejado al descubierto las dificultades de cohesión y de aplicación de esta estrategia legislativa, marcada por grandes diferencias interautonómicas respecto al procedimiento, sistemas de registro, posibilidades de acceso, o posibilidad de ejercer la objeción de conciencia, entre otros. Aún es pronto para evaluar el resultado, pero los documentos registrados son escasos²⁴, el desconocimiento generalizado, y su aplicación final (respeto a las instrucciones en el momento y lugar de su ejecución) desconocido.

En ese marco de incertidumbre sobre las posibilidades reales de ejercer una cierta capacidad de decisión mediante estos documentos, y dada la experiencia conocida de otros países, se ha desarrollado una estrategia no enfocada en los “papeles” (los documentos de instrucciones previas) sino en los “procesos” comunicativos que pudieran dar lugar a una eficaz y efectiva participación de los pacientes en la planificación de sus futuros cuidados de salud. Es lo que se ha venido a llamar la **Planificación Anticipada de la Asistencia Sanitaria** (PAAS). En este proceso participan activamente los tres

²³ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado N° 274, 15 de noviembre de 2002. p. 40126-40132.

²⁴ 57.132, según datos del Registro Nacional de Instrucciones Previas, a fecha de Abril 2009.

principales actores de esta relación: profesionales, pacientes y familiares, y su objetivo último es adecuar la atención sanitaria a las expectativas, necesidades, preferencias, experiencias previas (propias o ajenas) y temores del paciente, a la vez que ayudar a mejorar la calidad de las decisiones al final de la vida. La consideración del contexto cultural, ético, emocional, psicológico, familiar y comunitario en el que se produce el proceso de toma de decisiones se convierte en el elemento clave en el que se centra la planificación. El papel otorgado a los documentos de instrucciones previas es secundario, entendiéndose como una herramienta más, como un medio y nunca como un fin en sí mismo.

Esta propuesta plantea la necesidad de repensar el modo de afrontar el sufrimiento que produce el enfermar, apuesta decididamente por hablar abiertamente de ello, y aspira a que el sistema sanitario sea capaz de acompañar del mejor modo posible los procesos finales de la vida. En definitiva: *esperar lo mejor, prepararse para lo peor*.

El protagonista sin duda es el paciente, sobre el que gira toda la planificación, pero es figura destacada la del representante, que finalmente será quien participe de modo más activo cuando el paciente pierda la capacidad de hacerlo personalmente. En este proceso es necesario tener en cuenta los distintos **escenarios y trayectorias de enfermedad**²⁵ en los que se encontrará el paciente en función de su patología, capacidad funcional y de las complicaciones que previsiblemente aparecerán en el futuro (Figura 1). Es posible así preparar estrategias de afrontamiento ante los conflictos (clínicos y éticos) que puedan surgir en las decisiones a tomar.

En definitiva, la PAAS pretende aumentar la consistencia entre las decisiones clínicas y las preferencias del paciente, mejorar el proceso de toma de decisiones, fomentar el bienestar del paciente colocándole como figura central del proceso, y abordar las preocupaciones de pacientes y familiares. Incorpora en las rutinas asistenciales espacios de comunicación y

²⁵ Descritas por Joan Lynn y adaptadas en España por Javier Júdez. Véase Júdez J. *Suicidio asistido y eutanasia: un debate clásico y trágico, con pronóstico reservado*. An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30 (supl 3): 137-161.

procedimientos de facilitación en la toma de decisiones, lo cual implica todo un reto para la organización de los servicios de salud.

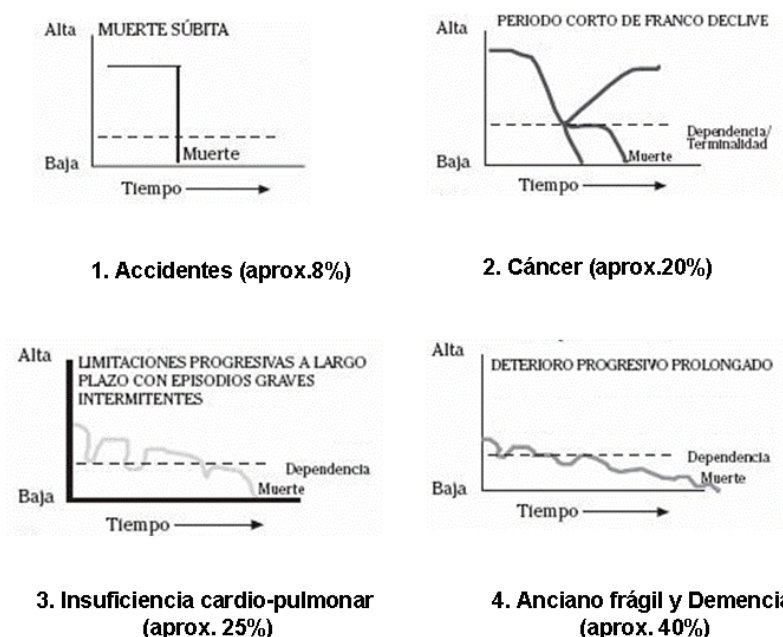


Figura 1. Trayectorias de enfermedad al final de la vida. Modificada de J. Júdez (con permiso del autor).

1.3.5. Ayuda a morir: Suicidio asistido y Eutanasia.

Los valores superiores de nuestro actual ordenamiento jurídico son la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político, según proclama nuestra Constitución. El ejercicio de las libertades mejora con el amparo de las leyes y con un debate serio en un marco de pluralismo moral cada vez más patente en nuestro país, sobre posibilidades del ejercicio de estas libertades en el ámbito de la gestión prudente del cuerpo, la vida y la muerte.

Cualquier ciudadano con plena capacidad de obrar es libre de tener hábitos poco saludables (fumar, consumir alcohol u otras drogas, comer en exceso, ser sedentario, tener contactos sexuales de riesgo, etc) siempre que con estos actos no perjudique a terceros (por ejemplo, los fumadores pasivos,

o el alcohol y conducción de vehículos). Es libre además de solicitar información sobre los perjuicios de estas conductas sobre su salud y, en caso de que así lo decida, solicitar ayuda para abandonar sus hábitos. Si no quiere abandonarlos o fracasa en su intento, será también libre de aceptar las alternativas terapéuticas que sean más indicadas para tratar las enfermedades que puedan llegar a aparecer como resultado de su modo de vida. Y dentro de sus libertades, se le reconoce también el derecho de rechazar tratamientos aunque de ello se derive un posible acortamiento de la vida. Puede incluso rechazar tratamientos antes de que llegue el momento de necesitarlos, a través de la expresión de su voluntad en un documento de instrucciones previas. Hasta aquí, este recorrido vital puede ser acompañado por profesionales sanitarios que habrán de respetar la voluntad del paciente, aunque no estén de acuerdo con ella ni con sus hábitos. También cabe la posibilidad de que algún ciudadano decida morir antes de tiempo. Según el Instituto Nacional de Estadística, en 2007 se suicidaron en España 3263 personas, con cifras alarmantes entre los mayores de 60 años (1330). Ninguno pudo pedir ayuda a ningún sanitario para ello, puesto que se considera delito la ayuda al suicidio. Persiste en nuestro entorno el debate de la posibilidad, la legitimidad, los riesgos y beneficios de abrir el espacio de la libertad en la gestión de la propia muerte. La posibilidad del suicidio asistido (medicamente o no) y la eutanasia genera actitudes dilemáticas (el “sí” frente al “no”) generalmente radicales, en las que es difícil encontrar espacios de deliberación colectiva en los que no se intente vencer, descalificar o ridiculizar al otro antes de dar nuestros mejores argumentos, sin estar dispuestos a entender las razones y emociones que están en el origen de los distintos puntos de vista.

La pregunta clave del suicidio asistido y la eutanasia es si es moralmente admisible que la persona que desea poner fin a su vida solicite ayuda para ello, y en su caso, quién podría o debería ayudarle, en qué circunstancias y con qué condiciones y garantías.

Las estrategias diseñadas y puestas en marcha en el Sistema Nacional de Salud español, entre las que destaca la de cuidados paliativos, son el paso previo imprescindible para poder hablar de otras necesidades que pueden

surgir a pesar de que la atención paliativa sea impecable, porque hay situaciones, si bien que excepcionales, en las que, subjetivamente, puede ser preferible morir a seguir viviendo, y en las que algunos enfermos pueden sentir la necesidad de ser ayudados para poner fin a su vida.

Si la ejecución de la muerte la realiza el propio paciente con ayuda de alguien hablamos de **suicidio asistido** (médicamente asistido si la ayuda es de un profesional médico). Si la ayuda a morir la ejecuta un tercero hablamos de **eutanasia**²⁶. También en torno a esta expresión hay una deliberada y manifiesta confusión terminológica, tendente a enturbiar cuando no a impedir un debate serio y prudente. El término eutanasia debe restringirse a las actuaciones que causan directamente la muerte, a petición expresa y reiterada del paciente capaz, en un contexto de sufrimiento por una enfermedad incurable o situación clínica que el paciente experimenta como inaceptable. El sufrimiento ha de resultar incontrolable por medio de cuidados paliativos adecuados.

Sólo tiene sentido hablar de eutanasia cuando el deseo de morir es mayor que el de seguir viviendo porque la vida se ha convertido en un mal y deja ser digna para ese sujeto. Por eso la eutanasia no tiene que ver con la muerte digna, sino con la muerte cuando la vida subjetivamente ya no es digna de ser vivida en esas condiciones ni hay esperanzas de que lo vuelva a ser.

La indignidad irreversible, siempre individual, subjetiva y personalísima, que constituye el ámbito de discusión de la eutanasia puede concretarse en procesos terminales de muerte acompañados de graves padecimientos físicos o psicológicos, y en casos de existencia dramática (acompañados de graves padecimientos psíquicos y muchas veces también físicos) de personas que, aunque no están muriendo, padecen una enfermedad avanzada o una minusvalía grave que consideran particularmente intolerable.

El debate sigue abierto, deliberadamente confuso y no resuelto en ninguno de sus niveles: social, ético o jurídico.

²⁶ Nunca se habla de eutanasia médicamente asistida, porque parece sobreentenderse (incluso algunos autores lo incluyen en la definición) que los únicos actores sociales que podrían legitimarse para ello son los médicos. Esto genera un claro conflicto sobre la posibilidad de incluir entre las actividades propias de la Medicina la de causar la muerte, siendo esta opción rechazada en el Código de Ética y Deontología Médica de 1999 (artículo 27.3). Sin embargo es relevante para el tema que nos ocupa que en el cine actual los profesionales sanitarios no son los destinatarios de las peticiones de eutanasia, ni por tanto sus ejecutores.

1.3.6. Obligaciones morales: Deber de no abandono y sensibilidad ante el sufrimiento.

El sufrimiento que generan las pérdidas (emocionales o de capacidades básicas) y el asociado a la pérdida de control sobre la propia vida percibido en la enfermedad, pueden y deben ser prevenidos, acompañados y paliados por los profesionales sociosanitarios. Este es un deber moral de primer orden, y debe ser conocido y desarrollado como uno de los objetivos de la medicina del siglo XXI, incluyéndolo como una prioridad en el diseño y desarrollo de las políticas de salud y en los planes de formación e investigación de los profesionales.

La medicina clínica debería retroceder en busca de sus orígenes: la necesidad de ayuda, consuelo y acompañamiento de los seres humanos enfermos y moribundos, así como encontrar remedios para aliviar el dolor y el sufrimiento. Todos los pacientes deberán antes o después asumir su propia condición mortal, su progresivo deterioro y la vulnerabilidad final, y con frecuencia los médicos y otros profesionales sanitarios serán quienes deban ayudarles a afrontarlo. La Medicina ha cambiado, los pacientes no: siguen siendo vulnerables, frágiles, necesitados de ayuda. Aunque la forma de prestarla sea en condiciones de mayor simetría moral, con una participación y autonomía en la toma de decisiones cada vez mayor, los pacientes siguen deseando ser ayudados. Ningún paciente debería irse “con las manos vacías”. Si no curados, todos los pacientes deberían ser reconfortados en sus experiencias dolorosas y sufrientes, máxime en la situación de muerte próxima.

Los nuevos objetivos para la Medicina del siglo XXI, definidos por Cassell²⁷ y Callahan²⁸, serán dos, y ambos de la misma categoría e importancia: luchar contra las enfermedades y conseguir que los pacientes mueran en paz. El gran reto será, pues, reconocer la fragilidad y vulnerabilidad de los pacientes sin disminuir su autonomía moral, aceptar y afrontar la

²⁷ Cassell EJ. *The nature of suffering and the goals of medicine*. N Engl J Med 1982; 306: 639-645.

²⁸ Callahan D. *Death and the research imperative*. N Engl J Med 2000; 342: 654-656.

responsabilidad ética de la ayuda y cuidado de los que sufren, y acompañar el proceso de morir con la mayor sensibilidad de que seamos capaces.

Prevenir, aliviar y acompañar el sufrimiento es uno de los grandes retos a los que nos enfrentaremos en los próximos años. Una de las estrategias señaladas como fundamental para lograr este objetivo es mejorar la relación y comunicación con los pacientes y sus familias. Es esencial que el enfermo se sienta escuchado, entendido y respetado en su mundo de valores, y disponga de tiempo para tomar sus propias decisiones. No necesita que le digan cómo debe reaccionar o lo que tiene que hacer, sino que sus respuestas (llanto, ansiedad, tristeza, culpa, negación, rabia...) sean comprendidas, aceptadas y normalizadas. El profesional que actúa con prisa y la transmite (fundamentalmente con el lenguaje no verbal) no expresa: *“este es su tiempo, estoy aquí para atenderle, hablemos con calma, le escucho y le entiendo...”*, por lo que será difícil que el paciente se sincere y exprese sus emociones.

La responsabilidad moral que se adquiere en el acompañamiento en esos momentos finales de la vida debe ser justamente valorada. Puede ser que de todos los momentos de la atención sanitaria sea este, el del final de la vida, en el que la entrega sea más comprometida y a la vez más necesaria, tanto por los cuidadores profesionales, como por los familiares y cuidadores informales. Las tareas fundamentales serán prevenir el sufrimiento innecesario, comunicarse con el paciente y la familia de forma sensible y evitar en los sobrevivientes futuros remordimientos. Cuidar (comprender, acompañar) al cuidador es otro de los retos éticos que nos plantean los cuidados paliativos.

1.3.7. Otros conflictos éticos.

La justa distribución de los recursos limitados (humanos y técnicos), las posibilidades (y la necesidad u oportunidad) de la investigación (no sólo sobre tratamientos en fase experimental sino la propia investigación en cuidados paliativos o sobre el propio proceso de la muerte y sus significados), el trabajo en equipo y otros, son problemas éticos comunes a todos los momentos de la vida y están también presentes al final de la misma.

1.4. NECESIDAD DE APRENDER/ENSEÑAR A ACOMPAÑAR EN EL MORIR A LOS PROFESIONALES SANITARIOS. COMPETENCIAS ESENCIALES PARA ATENDER LOS ASPECTOS ÉTICOS QUE PLANTEA LA MUERTE.

Tras la saturación tecnológica vivida a finales del siglo XX, la propia profesión médica se pregunta cuáles son sus fines y cómo lograrlos. Es destacable por su trascendencia el texto de consenso del Hastings Center²⁹ en el que se concluye que los fines de la Medicina en la actualidad son cuatro:

- la prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud,
- el alivio del dolor y el sufrimiento causados por diversos males,
- la atención y curación de los enfermos y los cuidados a los incurables,
- la evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.

En la misma línea los definen Cassell³⁰ y Callahan³¹, aunque para estos autores los objetivos serán dos, y ambos de la misma categoría e importancia: luchar contra las enfermedades y conseguir que los pacientes mueran en paz.

En cuanto a la profesión médica en este siglo XXI, sus principios esenciales son tres³²: la primacía del bienestar del paciente, el respeto por la autonomía del mismo y la promoción de la justicia social. A esto se añaden los siguientes compromisos clave del profesional: competencia profesional, honestidad con el paciente, confidencialidad, adecuada relación médico-paciente, calidad asistencial, equidad y accesibilidad, gestión racional y eficaz de los recursos, conocimiento científico, mantenimiento de la confianza social a

²⁹ Hastings Center. *The goals of medicine: setting new priorities*. 1996. Existe traducción en castellano: Fundación Grífols. *Los fines de la medicina. El establecimiento de unas nuevas prioridades*. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas (Nº11). Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2004.

³⁰ Cassell, Op. Cit.

³¹ Callahan, Op. Cit.

³² Siguiendo la declaración de la Fundación ABIM, ACP-ASIM y la Federación Europea de Medicina Interna: *Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter*. Publicada en Lancet 2002;359(9305):520-2. y en Ann Intern Med 2002;136(3):243-6. Publicado en castellano en: *La profesión médica en el nuevo milenio: estatutos para la regulación de la práctica médica*. Med Clin (Barc) 2002;118:704-6.

través de una gestión adecuada del conflicto de intereses, y compromiso con las responsabilidades profesionales.

Todo ello se ha de desarrollar en un marco de nuevos desafíos para la profesión: un aumento de las necesidades legítimas de los pacientes sin un aumento parejo de los recursos disponibles, un aumento de la dependencia de las fuerzas del mercado y una creciente tentación de los médicos de abandonar su compromiso de velar por el bienestar de su paciente.

Ante estos nuevos retos y compromisos la medicina clínica debe hacer un esfuerzo de modernización sin olvidar sus orígenes: la necesidad de ayuda, consuelo y acompañamiento de los seres humanos enfermos y moribundos, así como encontrar remedios para aliviar el dolor y el sufrimiento. El sistema y los profesionales sanitarios deben reconocer la fragilidad y vulnerabilidad de los pacientes sin disminuir su autonomía moral, aceptar la responsabilidad ética de la ayuda y cuidado de los que sufren, y acompañar el proceso de morir con la mayor sensibilidad de que sean capaces. Y es más que probable que todas estas tareas necesiten de un nuevo sistema de formación que incluya algunas competencias esenciales no contenidas de forma explícita en los estudios clásicos de la medicina.

En algunos programas docentes de pregrado y posgrado, y en algunos programas de determinadas especialidades médicas, comienzan a incorporarse este tipo de competencias llamadas transversales o esenciales, que no son específicas de ningún área de conocimiento médico concreta. Son aquellas aptitudes necesarias para ejercer eficazmente la profesión en sentido general. Deben formar parte de los objetivos docentes de los estudios de Medicina y ser formuladas de forma explícita. Existen propuestas generales como el proyecto Tuning³³. En este proyecto, las competencias representan una combinación dinámica de conocimientos, comprensión, habilidades y capacidades, actitudes y responsabilidades. Las competencias y las destrezas se entienden como *conocer y comprender* (los saberes, el conocimiento teórico), *saber cómo actuar* (las habilidades, la aplicación práctica y operativa del conocimiento a ciertas situaciones) y *saber cómo ser* (las actitudes, los

³³ Véase *Una introducción a Tuning Educational Structures en Europe. La contribución de las Universidades al proceso de Bolonia*. Disponible en: http://tuning.unideusto.org/tuningeu/images/stories/template/General_Brochure_Spanish_version.pdf

valores como parte integrante de la forma de percibir a los otros y vivir en un contexto social). Las competencias se agrupan en tres bloques:

- **Competencias instrumentales:** habilidades *cognoscitivas* (capacidad de comprender y manipular ideas y pensamientos, capacidad de análisis y síntesis), capacidades *metodológicas* (organizar y planificar el tiempo y las estrategias para el aprendizaje, tomar decisiones o resolver problemas), destrezas *tecnológicas* (informática y gestión de la información), destrezas *lingüísticas* (comunicación oral y escrita).
- **Competencias interpersonales:** capacidad de expresar los propios sentimientos, capacidad crítica y autocrítica, capacidad de trabajar en equipo o la expresión de compromiso social o ético.
- **Competencias sistémicas:** suponen una combinación de la comprensión, la sensibilidad y el conocimiento que permiten al individuo ver cómo las partes de un todo se relacionan y se agrupan. Requieren como base la adquisición previa de competencias instrumentales e interpersonales. Entre ellas destacan la capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica, habilidades de investigación, capacidad para adaptarse a nuevas situaciones, capacidad para generar nuevas ideas (creatividad), liderazgo, habilidad para trabajar de forma autónoma, diseño y gestión de proyectos, iniciativa y espíritu emprendedor, y la preocupación por la calidad y motivación de logro.

En el campo de la Medicina las competencias esenciales mínimas se distribuyen en los 7 apartados que se representan en la Figura 2³⁴:

³⁴ Tal y como se recogen en la Orden ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. Boletín Oficial del Estado N° 40, Viernes 15 de Febrero de 2008.



Figura 2. Competencias esenciales mínimas de los estudiantes de Medicina.

Más concretamente, las competencias señaladas en el apartado de “*Valores profesionales, actitudes, comportamientos y ética*” son:

1. Reconocer los elementos esenciales de la profesión médica, incluyendo los principios éticos y las responsabilidades legales y el ejercicio profesional centrado en el paciente.
2. Comprender la importancia de tales principios para el beneficio del paciente, de la sociedad y la profesión, con especial atención al secreto profesional.
3. Saber aplicar el principio de justicia social a la práctica profesional y comprender las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación.
4. Desarrollar la práctica profesional con respeto a la autonomía del paciente, a sus creencias y su cultura.
5. Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional, prestando especial importancia al

aprendizaje de manera autónoma de nuevos conocimientos y técnicas y a la motivación por la calidad.

6. Desarrollar la práctica profesional con respeto a otros profesionales de la salud, adquiriendo habilidades de trabajo en equipo.

En nuestro entorno se sigue reflexionando sobre la necesidad y oportunidad de incluir estas materias tanto en pregrado como en posgrado y en la formación de los futuros especialistas médicos, aportando paulatinamente propuestas metodológicas para el desarrollo docente. Destaca entre ellas el sistema de portafolio, con valor añadido en la evaluación y acreditación de los logros alcanzados. Es una metodología de autoaprendizaje y evaluación que consiste en la recopilación de evidencias del proceso docente, y la reflexión del propio alumno mediante un análisis crítico y búsqueda de información relacionada. Se establecen distintos niveles de prioridad en cada competencia, así como el momento del ciclo formativo en el que el estudiante debe ser capaz de realizar determinadas destrezas, habilidades o conductas.

La enseñanza de competencias en bioética en los planes de estudio de Medicina en España es irregular, pero en todas las Facultades está presente en mayor o menor grado. No se discute actualmente su importancia, pero no está tan claro cuándo, cómo y quién debe enseñarla. Se proponen contenidos adaptados a los distintos niveles formativos, y se añade la posibilidad de una educación emocional como parte de la educación moral, atendiendo a la dimensión afectiva del quehacer médico. El objetivo es provocar la reflexión desde lo que nos afecta emocionalmente. Reflexión que es necesaria tanto antes de la toma de decisiones, como durante y después de la misma. Para ello se han utilizado materiales que, a través de determinados relatos, puedan facilitar el aprendizaje de la bioética, desarrollando una nueva *competencia narrativa*. Esta se refiere a la habilidad del profesional de comprender y responder a la complejidad de las situaciones narrativas a las que se enfrentará habitualmente en la clínica, dado que los pacientes, fundamentalmente, cuentan sus propias historias.

Los recursos narrativos son diversos: literatura, poesía, teatro, y sin duda en la era de la imagen, el cine. Todos ellos provocan emociones y permiten contemplarlas y compartirlas, como punto de partida para la deliberación ética. En concreto los escenarios del final de la vida serían susceptibles a esa aproximación narrativa dado su alto impacto emocional y su difícil manejo en situaciones reales. Los profesionales en formación necesitan un entorno más seguro que el de la clínica para poder reconocer sus emociones y encontrar respuestas adaptativas frente a ellas. También para el desarrollo de habilidades (de resolución de conflictos éticos o de comunicación) es deseable un aprendizaje controlado en el aula, previo a la exposición a la realidad asistencial en la clínica.

1.5. ÉTICA NARRATIVA: ESCENARIOS, HERRAMIENTAS Y UTILIDADES.

La narración constituye una forma trascendental de pensamiento, y un buen vehículo para crear significados, tanto a nivel individual como de cohesión cultural y social. Describe experiencias y evoca mediante imágenes o palabras hechos susceptibles de ser vividos. El espectador o lector es capaz de comparar lo que ve o lee con su propia experiencia vital previa, matizada por su propio lugar y forma de mirar. El contraste y la confrontación entre las distintas percepciones de un mismo hecho favorecen la comprensión en profundidad de la realidad, y su identificación o rechazo. Las emociones que se provocan pueden llegar a incorporarse casi como experiencias propias.

Las narraciones (romances, canciones, folklore, relatos de viajes, cuentos, fábulas, novelas...) han tenido históricamente una función moralizante transmitiendo conocimientos y educando en actitudes, hábitos y costumbres. Su objetivo era mostrar sujetos ejemplares, héroes o modelos de vida. Aunque hoy en día esta función se ha suavizado, es indudable que los sentimientos, afectos, deseos, emociones, creencias y valores que se pueden expresar a través de las narraciones tienen un gran peso en el análisis de la realidad concreta que se muestra. La suma de las diferentes perspectivas ayuda a describir y comprender mejor la realidad. Especialmente el cine, una de las principales fuentes de generación de narraciones en nuestra civilización actual, muestra el contexto, las circunstancias y las consecuencias, lo que ayuda a encontrar el sentido de lo narrado. Algunas películas han ayudado (y lo siguen haciendo) a reflexionar acerca del sufrimiento, la enfermedad, la vida y la muerte y han facilitado el diálogo en torno a problemas éticos surgidos con las distintas formas actuales de morir y cómo todo ello afecta a la sociedad. Como señala Iñigo Marzábal³⁵, *la muerte sigue siendo un misterio, y es un terreno propicio para hablar de razones y de emociones, de problemas morales y existenciales, de deseos colmados y de proyectos inconclusos. La experiencia narrativa puede constituir una auténtica experiencia moral, pues en ella se*

³⁵ En: *Cine, ética y medicina ante el final de la vida: el poder de las metáforas*. Rev Med Cine 2007; 3(1): 23-37.

encarnan razones y emociones, aspiraciones generales y específicos proyectos de vida.

Las narraciones nos hacen sensibles a aspectos de la realidad que nos eran desconocidos o que han pasado desapercibidos, y nos muestran la pluralidad de posibilidades de la realidad vivida por los otros en la que, a pesar de las diferencias, somos capaces de reconocernos. Aunque no nos dan soluciones a los problemas éticos planteados, nos mueven a intentar resolverlos y nos desvelan parte de la realidad que permanecía oculta. Las narraciones, en suma, nos ayudan a desarrollar tanto la capacidad de empatía (los hábitos de identificación al hacernos más receptivos a los otros y sus razones), como los hábitos de la deliberación (escuchar, estar abierto a las razones de los otros, contemplar perspectivas diferentes, tener en cuenta los intereses de todos los implicados y estar siempre dispuesto a cambiar en virtud de los mejores argumentos).

La enfermedad, al igual que la propia vida, como experiencia biográfica que es, tiene una estructura narrativa, en la que las circunstancias y el contexto resultan fundamentales para entender la realidad de esa experiencia vital. La racionalidad adecuada al análisis de los problemas éticos que plantea la enfermedad y la muerte no es del todo objetiva, sino fundamentalmente, una racionalidad narrativa, prudencial y responsable, que acomoda los principios abstractos a la realidad particular, concreta y subjetiva del paciente³⁶. La otra racionalidad, propia de la lógica y la ciencia, es abstracta y carente de afecto o sentimiento, y busca la categorización, conceptualización y verificación de los hechos, siendo la modalidad de pensamiento predominante en los estudios de Medicina. La forma de pensar narrativa no es contradictoria a ella, sino complementaria, siendo necesarias ambas para un ejercicio prudente del arte científico de la Medicina. Con la racionalidad lógico-científica se explican los hechos; con la racionalidad narrativa se comprenden.

³⁶ Es en este tipo de racionalidad narrativa en el que encontramos a la ética de la responsabilidad, y aún más allá, a la bioética.

Existe en el entorno anglosajón un creciente interés por la que se ha dado en llamar Medicina Narrativa (*Narrative Medicine*), que aplica la teoría narrativa a la clínica³⁷. Con ella, el profesional mejora la comprensión e interpretación de los significados cognitivos, simbólicos y afectivos de las historias de enfermedad. Ayuda a entender lo que ocurrió antes, lo que pasa ahora y lo que probablemente suceda en el futuro. Para ella se han utilizado tanto el cine como la literatura en la formación médica. También en las aulas de educación primaria y secundaria se encuentran propuestas pedagógicas en las que obras literarias y cinematográficas ayudan a entender la filosofía o incluso la muerte. Las historias humanas de las que se nutren reflejan cómo se siente el hombre cuando enferma, cómo se viven los problemas vitales y cómo responde a ellos la sociedad. En estas historias se pueden descubrir valores, miedos, deseos y creencias, otras formas culturales de entender la realidad y distintas actitudes en el cuidado de los enfermos. El modo de responder a estas historias constituye el sustrato del cual se alimenta la ética.

Tal y como señala Tomás Domingo Moratalla³⁸, el uso del cine como recurso docente es útil por varias razones:

- permite conocer mundos, épocas, culturas y situaciones diferentes a la nuestra, además de señalar que las cosas siempre pueden ser de otro modo,

³⁷ Véanse: Kleinman A. *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books; 1988. Brody H. *Stories of sickness*. 2ª Ed. New York: Oxford University Press; 2003. Greenhalgh T, Hurwitz B, editores. *Narrative based Medicine. Dialogue and discourse in clinical practice*. London: BMJ Books; 1998. Lindemann Nelson H, editora. *Stories and their limits. Narrative approaches to Bioethics*. New York: Routledge; 1997. Charon R, Montillo M, editoras. *Stories matter. The role of narrative in medical ethics*. New York: Routledge; 2002. Charon R. *Narrative Medicine. Honoring the stories of illness*. New York: Oxford University Press; 2006. Frank AW. *The wounded storyteller. Body, illness and ethics*. Chicago: The University of Chicago Press; 1995. Hunter KM. *Doctors' stories. The narrative structure of medical knowledge*. Princeton: Princeton University Press; 1991.

También algunas revistas especializadas han incluido secciones periódicas sobre medicina y ética narrativa. Véanse: Greenhalgh T, Hurwitz B. *Why study narrative?* BMJ. 1999;318:48-50. Shapiro J. New Feature. *Literature and the arts in medical education*. Fam Med. 2000;32(3):157-8. Charon R. *Narrative Medicine. A model for empathy, reflection, profession and trust*. JAMA. 2001;286(15):1897-1902. Charon R. *Narrative Medicine: form, function and ethics*. Ann Intern Med. 2001;134(1):83-87. Divinsky M. *Stories for life. Introduction to narrative medicine*. Can Fam Physician. 2007;53:203-205.

³⁸ Véase Domingo Moratalla T. *Hermenéutica y cine. Aprender con el cine: humanidades narradas*. En: Seoane Pinill J, editor. *Humanidades, ¿Estudios culturales?* Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá de Henares; 2007. p 123-140.

- ofrece elementos de análisis frente a problemas actuales, apreciando aspectos concretos y particulares,
- acerca los conflictos de forma problemática y no cerrada o dogmática, incluyendo matices, complejidades y ambigüedades que aumentan las posibilidades de un análisis crítico,
- promueve la utilización de hábitos mentales no logocéntricos, enfatizando aspectos importantes como la imaginación, el sentimiento o la intuición, y
- explora el mundo de los valores desde la propia acción humana.

Con todo ello, bien se puede llegar a considerar al cine como un inestimable “laboratorio moral”, de deliberación y desarrollo prudencial.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Desarrollar una **metodología docente en bioética del final de la vida** a través de la utilización del cine como herramienta pedagógica para los estudios de pregrado, posgrado y especialización en Medicina.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Valorar la presencia de la bioética en la formación de los médicos en España.
- Enfatizar la importancia de la enseñanza de algunas competencias esenciales en humanidades médicas (bioética, comunicación asistencial, competencias emocionales).
- Favorecer la reflexión sobre cuestiones éticas del final de la vida entre los estudiantes de Medicina mediante el análisis de películas o fragmentos significativos.
- Aportar nuevos elementos de análisis a los distintos modos de morir en el siglo XXI.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. ANÁLISIS DE LA PRESENCIA DE LA BIOÉTICA EN LAS FACULTADES DE MEDICINA ESPAÑOLAS.

Para valorar la presencia de la bioética en la formación de pregrado de los médicos en España se revisaron los planes de estudios de las Facultades de Medicina españolas del curso 2008-09, consultando para ello las páginas web de las distintas Universidades. Se localizaron las asignaturas de bioética, ética médica y deontología (troncales, obligatorias, optativas o de libre configuración). También se registró la existencia de otra formación en bioética posterior al grado (Master, cursos postgrado, doctorado o títulos propios). A la vez se recogieron otras asignaturas que tuvieran relación con el cine y la medicina en general.

3.2. ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS DOCENTES QUE UTILICEN EL CINE PARA APROXIMARSE A LA BIOÉTICA, ASÍ COMO DE LA METODOLOGÍA EMPLEADA.

Para saber si se utilizaba el cine en la formación en bioética, se contactó por correo electrónico con los responsables de las asignaturas de bioética, ética médica y deontología. Se les envió un cuestionario sobre la utilización del cine comercial en la docencia en bioética, repitiendo el envío hasta tres veces en los casos en que no se obtuvo respuesta.

El cuestionario constaba de las siguientes preguntas:

Dentro de su experiencia docente en bioética, ¿utiliza cine comercial en el aula?

-. Si no lo utiliza, señale las razones principales o las dificultades que encuentra en su utilización.

-. Si lo utiliza:

1. ¿Cuál es la principal razón que le ha llevado a considerar el cine comercial como una herramienta adecuada en la formación en bioética?
2. ¿Qué objetivos docentes concretos se plantea con el uso del cine?
3. ¿Qué temas concretos trata con el cine?
4. ¿Qué metodología docente utiliza?
5. ¿Utiliza películas enteras o escenas seleccionadas?
6. ¿Cuáles son las películas que utiliza o pretende utilizar?
7. ¿Ha evaluado la experiencia de forma específica? ¿Con qué resultados?
8. ¿Cuáles son las principales dificultades que ha encontrado en el uso del cine comercial en el aula?
9. ¿Cuáles cree que son sus principales puntos fuertes?
10. Señale cualquier cuestión que le parezca relevante y no se haya reflejado en las preguntas anteriores

Este cuestionario se adaptó y se envió a su vez a los docentes de las asignaturas relacionadas con el cine y la medicina aunque no de forma específica con la bioética.

3.3. ANÁLISIS DE LOS PROGRAMAS DOCENTES DE LAS DISTINTAS ESPECIALIDADES MÉDICAS.

Para valorar la presencia de la bioética en la formación especializada de los médicos en España se revisaron los programas formativos de especialistas sanitarios en ciencias de la salud, en concreto de las distintas especialidades médicas, publicados en el Boletín Oficial del Estado hasta la fecha del 31 de Mayo de 2009. Se señalaron en ellos los contenidos y competencias en bioética (conocimientos, habilidades y/o actitudes) a desarrollar durante el período de formación especializada. Se señalaron también los contenidos en habilidades de comunicación y relación asistencial, así como aquellos programas que enfatizaban la importancia de la figura del tutor de residentes.

3.4. ANÁLISIS DEL CINE ESPAÑOL EN RELACIÓN CON LA MUERTE EN EL SIGLO XXI.

Para el análisis del cine español en relación con el final de la vida, la muerte y los nuevos modos de morir en el siglo XXI, se han revisado los anuarios de cine español de los años 2001 a 2008, en los que aparecen todas las películas estrenadas en España en ese periodo. En ellos se encuentran las fichas técnicas así como una reseña del argumento de todas las películas estrenadas. Se seleccionaron aquellas películas de nacionalidad española o coproducciones con participación española, en las que en la sinopsis se hiciera mención explícita a la muerte o a formas de morir (suicidio, eutanasia) o al duelo (muerte de una persona significativa), o en las que el final de la vida se presentara como núcleo central del argumento. De entre ellas se eligieron para su análisis fílmico las de mayor índice de audiencia, medido por el número de espectadores en salas comerciales. El análisis fílmico consiste en la ficha técnica, el análisis argumental, la identificación de los valores presentes en la película, y el análisis del tratamiento de la muerte y/o modos de morir que presenta la película.

Se seleccionaron para el análisis fílmico las siguientes películas españolas que presentaban en su núcleo argumental el tema del final de la vida, el duelo y/o la muerte o distintas formas de morir, y que han alcanzado mayores niveles de audiencia en salas comerciales españolas, ordenadas cronológicamente:

- *Hable con ella* y *En la ciudad sin límites* (año 2002).
- *Mi vida sin mí* y *Planta cuarta* (año 2003).
- *Mar adentro* (año 2004).
- *Para que no me olvides* (año 2005).
- *Volver*, *Tu vida en 65 minutos*, y el documental *Las alas de la vida*³⁹ (año 2006).
- *La torre de Suso*, *El club de los suicidas*, *Bajo las estrellas*, y *La soledad* (año 2007).
- *Camino* (año 2008).

³⁹ Se ha incluido en el estudio el documental *Las alas de la vida*, estrenado en Diciembre de 2006 y que presenta la historia de la vivencia de una enfermedad degenerativa en fase terminal de un médico de familia español, a pesar de tener menores niveles de audiencia, por su interés argumental.

4. RESULTADOS Y DESARROLLO

4.1.- PROGRAMAS DE BIOÉTICA EN LAS FACULTADES DE MEDICINA ESPAÑOLAS.

La formación en bioética está presente en las facultades de Medicina españolas de forma muy irregular, aunque en casi todas ellas se incluyen conceptos de deontología y ética médica en el último curso del pregrado, en la asignatura troncal: *Medicina legal y toxicología médica. Deontología y legislación médica*, a la que corresponden 9 créditos. Los contenidos impartidos en la misma tienen mayor carga legal que ética según los programas docentes consultados. De forma independiente a esta asignatura se incluyen en determinadas facultades asignaturas obligatorias, optativas o de libre configuración de bioética o ética médica, en distintos cursos y con diferente carga docente en créditos.

Los resultados globales pueden verse en la Tabla 2.

En 2008 se autorizó la apertura de 5 nuevas Facultades de Medicina en Universidades españolas⁴⁰, adaptadas al Espacio Europeo de Educación Superior, pero no ha sido posible analizar las asignaturas de bioética dado que en ninguna de ellas se ofrecía en el primer año del grado de Medicina. Aquellas que publican sus programas docentes completos, mantienen la disparidad señalada, tanto en el curso en que se imparten, como en créditos.

⁴⁰ Universidad Rey Juan Carlos I de Madrid, Universidad Europea de Madrid, Universidad de Girona, Universidad Internacional de Cataluña y Universidad Pompeu Fabra de Barcelona.

Tabla 2. Asignaturas de Bioética en las Facultades de Medicina⁴¹.

UNIVERSIDAD	Asignaturas de Bioética	Cine y Bioética	Otra formación en Bioética o Cine
ALCALÁ	6º (9 Cr) + OPT 2º Ciclo (5 Cr)	NC	Posgrado: Bioética asistencial
AUTÓNOMA BARCELONA	6º	NC	Medicina cine y literatura
AUTÓNOMA MADRID	OPT 2º Ciclo (4.5 Cr) + Hª Medicina	SI	
BARCELONA	3º (4.5 Cr) + OPT (2 Cr)	NC	Master+ Publicación "Bioética y Cine"
CADIZ	6º (6 Cr) + OPT (3 Cr)	SI	
CANTABRIA	5º (2 Cr)	NC	
CLM-ALBACETE	4º (5 Cr) + 6º (9 Cr)	NO	
COMPLUTENSE	2º (5 Cr) + 6º (9 Cr)	NO	Cine y medicina Doctorado y Master BE
CORDOBA	OPT 2º Ciclo	NC	
EXTREMADURA	6º (9 Cr) + OPT 1º Ciclo (4.5 Cr)	SI	La locura en el cine
GRANADA	6º (9 Cr) + LC (4,5 Cr +4,5 Cr)	NO	Seminario: Hª, cine y medicina
LA LAGUNA	6º + OPT 2º Ciclo (4,5 Cr)	NC	Master interuniversitario
LAS PALMAS	6º (9 Cr + 3 Cr)	NO	Master interuniversitario
LLEIDA	6º (3,6 Cr)	SI	
MALAGA	6º (9 Cr) + OPT 1º Ciclo (5 Cr)	NC	
MIGUEL HDEZ	6º (9 Cr)	NC	
MURCIA	6º (10.5 Cr) + OPT 1º y 2º Ciclo (4.5 Cr + 4.5 Cr)	NC	
NAVARRA	3º (5 Cr) + 4º (5 Cr) + 6º (4.5 Cr)	NC	Master BE
OVIEDO	6º (9 Cr) + OPT (5 Cr)	NC	Cine y medicina
PAIS VASCO	6º (9 Cr) + OPT 2º Ciclo (4 Cr)	SI	La infección en el cine Master interuniversitario
ROVIRA I VIRGILI	6º (9 Cr)	NC	Master interuniversitario
SALAMANCA	4º (4,5 Cr) + LC (5 Cr)	SI	Cursos on line
SAN PABLO CEU	2º (9 Cr) + 6º + LC (4.5 Cr)	NC	
SANTIAGO	6º + OPT (4.5 Cr)	NO	
SEVILLA	6º (9 Cr) + OPT 1º Ciclo (4.5 Cr)	NO	Cine y medicina
VALENCIA	6º (9 Cr) + OPT 2º Ciclo (4.5 Cr)	NO	
VALLADOLID	6º (9 Cr) + OPT 1º Ciclo (4.5 Cr)	SI	
ZARAGOZA	5º (9 Cr) + OPT 2º Ciclo (4.5 Cr) + LC (4 Cr)	SI	Master interuniversitario

⁴¹ Incluye las asignaturas de Bioética, ética médica y deontología.

Cr: Créditos. OPT: Optativa. LC: Libre Configuración. BE: Bioética. NC: No contesta.

4.2.- EXPERIENCIAS DOCENTES QUE UTILIZAN EL CINE PARA APROXIMARSE A LA BIOÉTICA.

Se recibieron 15 cuestionarios de los 28 enviados, lo que supone un 53.5% de participación. De ellos, ocho profesores declararon utilizar el cine en el aula. Se consideró suficientemente saturado el discurso a la vista de las respuestas recibidas. Estas se han agrupado teniendo en cuenta la convergencia de las contestaciones. Los resultados globales son los siguientes:

Cuestionario sobre metodología docente con cine comercial en bioética⁴²

1. ¿Cuál es la principal razón que le ha llevado a considerar el cine comercial como una herramienta adecuada en la formación en bioética?

- El cine permite un lenguaje muy rico de aproximación a cuestiones de bioética y sirve de punto de partida para despertar el interés por el tema y para la discusión. Plantea con imágenes del mundo real algunos problemas éticos que acompañan los hechos escenificados.
- La metodología narrativa es la más eficiente con estudiantes, y una película de calidad con el adecuado argumento garantiza captar la atención del alumno, un requisito imprescindible y nada sencillo, para luego plantear objetivos docentes más ambiciosos. También con profesionales permite aplicar procedimientos de análisis de casos.
- Los alumnos tienen hábito de ir al cine y las películas son parte habitual de sus temas de conversación. Al compartir la película, se definen sobre sus gustos y aceptan e intercambian recomendaciones con los demás.
- Las referencias cinematográficas son más comunes que las literarias entre el alumnado. Tienen, en general, un repertorio de películas vistas que ellos mismos relacionan con los temas cuando se les da la oportunidad.

⁴² Las respuestas particulares se presentan en el Apéndice 1. *Cuestionarios sobre Cine y Bioética en Facultades de Medicina.*

- Es difícil impartir clases de bioética argumentativa en un plano teórico sin cansar a los alumnos. Además, el resultado de la visualización de una película o documental es inmediato. Surgen preguntas, debate, deliberación...

2. ¿Qué objetivos docentes concretos se plantea con el uso del cine?

- Promover la reflexión y motivar al alumno a que participe en el debate.
- Aprender a identificar cuestiones éticas ligadas a los hechos.
- Distinguir entre diferentes actitudes y criterios ante un mismo problema.
- Abordar algunos dilemas éticos desde diferentes perspectivas.
- Ofrecer la vivencia de la enfermedad desde la perspectiva del paciente.
- Discutir y deliberar sobre cuestiones suscitadas por las películas.
- Conocer las posturas alternativas sobre un caso concreto.
- Conocer las repercusiones de las elecciones morales.
- Desarrollar habilidades en comunicación.

3. ¿Qué temas concretos trata con el cine?

- Relación médico-paciente (comunicación, secreto profesional...).
- Relación entre profesionales.
- Ética de la investigación.
- Actitudes y valores profesionales.
- Vivencia personal de la enfermedad.
- Bioética y genética.
- Inicio de la vida, aborto, eugenesia.
- Fin de la vida, eutanasia.
- Multinacionales farmacéuticas y ética.
- Cambio climático.
- Experimentación de animales.
- Emociones morales.

4. ¿Qué metodología docente utiliza?

- Ejercicios prácticos con un cuestionario de preguntas puntuales, solicitando argumentos o reflexiones breves que deben responder después de visualizar el film.
- Visionado y posterior debate. Se identifican los problemas, se analizan por separado, los alumnos van respondiéndose unos a otros, hasta encontrar respuestas. El profesor recoge las respuestas de los alumnos en la pizarra, ordena y dirige la discusión.
- Primera sesión con el pase de la película. Se les da a los alumnos un guión de lectura y una relación de cuestiones. Tras el visionado se realiza la discusión de la película o si no hay tiempo de discusión, los alumnos responden las preguntas y las envían por correo electrónico.
- Se entregan unas pautas de observación antes de empezar la película y se comenta lo observado al finalizar la visualización. El profesor tiene su propio guión de lo que considera imprescindible que sea planteado, para señalarlo si no aparece espontáneamente.
- Se parte de la fundamentación (explicación de teorías) y, de ahí, se pasa al análisis de casos prácticos.

5. ¿Utiliza películas enteras o escenas seleccionadas?

- Ambas modalidades. Enteras con estudiantes y fragmentos con profesionales. Durante la discusión se puede ver de nuevo alguna escena para analizar más despacio.
- Seminarios de video forum.

6. ¿Cuáles son las películas que utiliza o pretende utilizar?

- 2001. Odisea del espacio.
- 6 grados.
- A carne é fraca (La carne es débil).
- Al cruzar el límite.
- Amar la vida.
- Bella.
- Blade Runner.
- Cambiando el paso (SIDA-Basurto).

- El aceite de la vida.
- El doctor.
- El hombre elefante.
- El hombre que hacía milagros.
- El jardinero fiel.
- Earthlings.
- Gattaca.
- Las alas de la vida.
- Las confesiones del Dr. Sachs.
- Las normas de la casa de la sidra.
- Mar adentro.
- Mi vida sin mí.
- Million dollar baby.
- Si las paredes hablaran.
- Stalker.
- Tu vida en 65'.
- Una verdad incómoda.
- Voto decisivo.
- Documentales del Canal temático Odisea (patentes genéticas, comercio de órganos, prematuros, locura, adolescentes...), Eutanasia en Holanda (Canal PLUS).

7. ¿Ha evaluado la experiencia de forma específica? ¿Con qué resultados?

- No siempre se evalúa la experiencia de forma explícita, pero las impresiones son positivas.
- Evaluaciones posibles: con estudiantes a través de la memoria de la asignatura de bioética con una impresión excelente.
- A final de curso, encuesta sobre la asignatura para valorar los recursos docentes. Ver películas y utilizarlas como soporte para aprender y deliberar ocupa el segundo lugar, tras el análisis de casos clínicos.
- Entre las cuestiones mejor valoradas está siempre la filmografía y discusión posterior.

8. ¿Cuáles son las principales dificultades que ha encontrado en el uso del cine comercial en el aula?

- Dificultades técnicas y logísticas en el aula: incomodidad de los asientos cuando se visualiza una película entera en el aula, falta de adecuación del aula, exceso de luz, sonido...
- Buscar documentales o películas adecuadas. Dificultad para encontrar algunas películas por estar fuera de circuito comercial.
- Conseguir un aula donde proyectar.
- La larga duración de las películas, así como tener que seleccionar partes y no saber hacerlo.

9. ¿Cuáles cree que son sus principales puntos fuertes?

- Para alumnos jóvenes el cine representa un lenguaje que es conocido y compartido por los alumnos, muy bien valorado y que conecta muy bien con ellos. Algunas de las películas presentan también un alto contenido emocional que se puede posteriormente elaborar. Ese impacto emocional motiva el arranque de un discurso alrededor del tema a tratar. Permite a los alumnos pensar y hablar sobre temas difíciles, en los que la película hace de “mediador”.
- Hacer reales los problemas que parecen teóricos, porque los alumnos no tienen apenas experiencia en la clínica real con pacientes reales. Facilitar la participación en los debates de los Seminarios con casos clínicos con problemas.
- Retienen mejor en la memoria argumentos, datos, procedimientos, etc.
- Los alumnos reconocen que los problemas morales no son como los matemáticos ni debates metafísicos que no tienen respuestas que nos afecten. Lejos de eso, estos problemas son padecidos por personas reales y la filosofía se pone al servicio de ellas. Pero además ayuda a ver la filosofía como algo más creativo y ameno.

10. Señale cualquier cuestión que le parezca relevante y no se haya reflejado en las preguntas anteriores.

- Existen dificultades legales: se emplean las películas sin permiso de sus autores (sociedad de autores), lo que dificulta poder utilizarlas a través de intranet o sistemas online.
- ¿Qué ocurriría si viesan las películas por su cuenta y luego intentásemos el mismo (u otro) proceso de deliberación y aprendizaje? De todas formas el hecho de ver una película juntos parece importante para facilitar la tarea docente y la deliberación en el grupo.
- Los buenos documentales tienen dos ventajas muy evidentes: en general son más cortos que las películas de ficción y son más fáciles de analizar porque la estructura suele ser menos compleja.
- Ver varias veces las mismas películas con distintos alumnos permite apreciar las diferencias, afinidades, emociones que despiertan en ellos. Siempre hay matices nuevos que no se han percibido antes o que se analizan (por sus propias circunstancias y experiencias), de otra manera. En ocasiones los alumnos lloran y exploran emociones al ver la película.
- Sería bueno contar con la interdisciplinariedad con docentes de audiovisual, para evitar errores por desconocimiento de narrativa audiovisual.

De los cuestionarios recibidos, siete profesores declaran no utilizar el cine, fundamentalmente por falta de tiempo o dificultades organizativas y logísticas. Algunos se plantean una utilización en el futuro.

Las respuestas a los cuestionarios enviados a los docentes de las asignaturas optativas o de libre configuración de cine y medicina, no se han podido agrupar dada su heterogeneidad. Se presentan en el Apéndice 2. *Cuestionarios y programas de asignaturas de Cine y Medicina.*

4.3.- PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS.

Los resultados globales de la revisión de los contenidos en bioética de los programas de formación de las distintas especialidades médicas se reflejan en la Tabla 3. En ella se han agrupado por su similitud las referencias a la formación en bioética, estableciendo las siguientes categorías:

1.- Contenidos básicos 1: Hacen mención general a: *“Actitudes: Profesionales y científicas: Conformidad con la misión de servicio hacia los pacientes y la sociedad a que obliga el ejercicio de la medicina. Reconocimiento del derecho de los pacientes a una asistencia pronta y digna en condiciones de equidad. Atención preferente hacia las necesidades de los pacientes y de sus familias con especial referencia al derecho de información. Conciencia de la repercusión económica de las decisiones. Preocupación por los aspectos deontológicos y éticos de la medicina en general y de la especialidad en particular”.*

2.- Contenidos básicos 2: Señalan de forma general: *“Actitudes Genéricas: Disponibilidad para el aprendizaje y la formación permanente. Capacidad para asumir compromisos y responsabilidades. Aproximación a los problemas asistenciales con mente crítica y espíritu resolutivo. Respeto y valoración positiva del trabajo de los demás. Apertura y flexibilidad en relación con los pacientes, miembros de su grupo de trabajo, colegas de otras especialidades y autoridades sanitarias y educativas en general. Actitudes profesionales y científicas: Conformidad con la misión de servicio hacia los pacientes y la sociedad a que obliga el ejercicio de la medicina. Reconocimiento del derecho de los pacientes a una asistencia pronta y digna en condiciones de equidad. Atención preferente hacia las necesidades de los pacientes y de sus familias con especial referencia al derecho de información. Conciencia de la repercusión económica de las decisiones. Preocupación por los aspectos deontológicos y éticos de la medicina en general y de la especialidad en particular”.*

3.- **Contenidos extensos 1:** Añaden especificidad a lo anterior: “*Bioética: a) Relación médico-paciente: Humanismo y medicina. Consentimiento informado. Consentimiento del menor y del paciente incapacitado. Confidencialidad, secreto profesional y veracidad. Aspectos legales. Muerte cerebral. b) Aspectos institucionales: Ética y deontología. Comités deontológicos. Comités éticos de investigación clínica*”.

4.- **Contenidos extensos 2:** Serían los contenidos más especificados, con mayor profundidad y detalle. Pueden consultarse de forma específica en el Apéndice 3. *Contenidos en bioética en los programas formativos de las especialidades médicas*, en el que se encuentran los extractos (referencias a la formación en bioética) de los textos originales publicados en el Boletín Oficial del Estado de cada una de las especialidades médicas.

Tabla 3. Contenidos éticos de los programas de las especialidades médicas.

ESPECIALIDAD MÉDICA	AÑO	Ausente	La nombra	Básico	Extenso	HHCC /RC
Alergología	2006	X				
Análisis Clínicos	2006		Formación en Bioética. Consentimiento Informado.			
Anatomía Patológica	2006			1		Si
Anestesiología y Reanimación	1996		Deontología.			
Angiología y Cirugía Vascular	2007			1		
Aparato Digestivo	1996	X				
Bioquímica clínica	2006	X				
Cardiología	2007			1		
Cirugía Cardiovascular	1996		Responsabilidad ética y legal.			
Cirugía General y del Aparato Digestivo	2007				2	Si
Cirugía Oral y Maxilofacial	2007			1		
Cirugía Ortopédica y Traumatología	2007			2 +Tutor		
Cirugía Pediátrica	2006			2		
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora	1996	X				
Cirugía Torácica	1996	X				
Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología	2007			2		Si
Endocrinología y Nutrición	2006				2	Si
Farmacología Clínica	2006		Ética e Investigación Clínica.			
Geriatría	2008			1		Si
Hematología y Hemoterapia	2006			2		
Hidrología (NR)	1996	X				
Inmunología.	2006			2		
Medicina de la Educación Física y Deporte. (NR)	1996	X				
Medicina Familiar y Comunitaria	2005				2 +Tutor	Si
Medicina Intensiva	1996			1		
Medicina Interna	2007				1 +Tutor	Si

ESPECIALIDAD MÉDICA	AÑO	Ausente	La nombra	Básico	Extenso	HHCC /RC
Medicina Legal y Forense (NR)	1996		Deontología.			
Medicina Nuclear	1996	X				Si
Medicina Preventiva y Salud Pública	2005			1 +Tutor		Si
Medicina del Trabajo	2005				1 +Tutor	
Microbiología y Parasitología	2006		Ética y confidencialidad.			
Nefrología	2008				1	
Neumología	2008				1	Si
Neurocirugía	2008				1	Si
Neurofisiología Clínica	2008				1	
Neurología	2007			1		Si
Obstetricia y Ginecología	2009			2		Si
Oftalmología	1996	X				
Oncología Médica	2006			1		Si
Oncología Radioterápica	2006				2	Si
Otorrinolaringología	2007				2	
Pediatría y sus Áreas Específicas	2006		Bioética y Ética Médica.			Si
Psiquiatría	2008				1	
Radiodiagnóstico	2008				1 +Tutor	Si
Medicina Física y Rehabilitación	2008			1		
Reumatología	1996		Comportamiento ético.			
Urología	2006			2		

- De forma global se observa que de los 47 programas docentes de especialidades médicas, 9 no hacen ninguna mención a competencias en bioética: Alergología, Aparato Digestivo, Bioquímica Clínica, Cirugía Plástica, Cirugía Torácica, Hidrología, Medicina de la Educación Física y el Deporte, Medicina Nuclear, y Oftalmología.

- 8 especialidades mencionan aspectos en bioética de forma extraordinariamente sucinta: Análisis Clínicos, Anestesiología y Reanimación, Cirugía Cardiovascular, Farmacología Clínica, Medicina Legal y Forense, Microbiología, Pediatría, y Reumatología.

- 17 especialidades desarrollan unas competencias básicas en bioética (contenidos básicos 1 y 2), señalando actitudes genéricas, profesionales y científicas así como la preocupación por los aspectos deontológicos y éticos de la medicina en general y de la especialidad en particular: Anatomía Patológica, Angiología y Cirugía Vascular, Cardiología, Cirugía Oral y Maxilofacial, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Cirugía Pediátrica, Dermatología, Geriatria, Hematología, Inmunología, Medicina Intensiva, Medicina Preventiva y Salud Pública, Neurología, Obstetricia y Ginecología, Oncología Médica, Rehabilitación, y Urología.

- 12 especialidades añaden a esas competencias básicas aspectos concretos (contenidos extensos 1 y 2) como: Humanismo y medicina; consentimiento informado; consentimiento del menor y del paciente incapacitado; confidencialidad, secreto profesional y veracidad; ética y deontología; comités deontológicos; comités éticos de investigación clínica. Destacan por la amplitud de los contenidos éticos, así como por la concreción en horas docentes: Cirugía General y del Aparato Digestivo, Endocrinología, Medicina Interna, Medicina del Trabajo, Nefrología, Neumología, Neurocirugía, Neurofisiología Clínica, Oncología Radioterápica, Otorrinolaringología, Psiquiatría, y Radiodiagnóstico.

- Por último, el programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria es el que desarrolla con mayor profundidad tanto los contenidos y

competencias en bioética como en habilidades de comunicación y relación médico-paciente, considerando a ambas competencias esenciales con distintos niveles de prioridad y responsabilidad. Otras 16 especialidades incluyen en sus programas docentes competencias en relación clínica y/o comunicación asistencial.

- En los programas docentes de 6 especialidades se hace mención específica de la importancia del papel del tutor en el desarrollo de las habilidades y actitudes necesarias para un correcto ejercicio profesional.

4.4.- PELÍCULAS ESPAÑOLAS QUE HAN TRATADO LOS MODOS DE MORIR.

En el periodo de tiempo analizado (2001-2008) se estrenaron en España un total de 668 películas de nacionalidad española o coproducciones con participación española. De ellas, 24 cintas trataban de forma principal en el núcleo argumental el tema de la muerte, las formas de morir, el final de la vida o el duelo. Se seleccionaron de entre ellas las de mayor número de espectadores en salas comerciales (Tabla 4), quedando acotado el análisis fílmico a 14 películas (incluyendo por su interés argumental el documental *Las alas de la vida*).

Se ofrece a continuación el análisis fílmico, que consta de la ficha técnica con sinopsis, el análisis argumental, la identificación de los valores presentes en la película, y el análisis del tratamiento de la muerte y/o modos de morir que presenta la película.

Tabla 4. Películas españolas que han tratado los modos de morir.

Nº películas españolas estrenadas por año	Películas sobre el final de la vida, la muerte o los modos de morir	Espectadores
Año 2001: 80		
	FAUSTO 5.0	39.107
	NO LLORES GERMAINE	33.052
	JAIZKIBEL	3.613
Año 2002: 93		
	HABLE CON ELLA	1.367.450
	EN LA CIUDAD SIN LÍMITES	171.112
	ALAS ROTAS	59.963
	EL AMOR IMPERFECTO	46.528
	TODAS LAS AZAFATAS VAN AL CIELO	44.396
Año 2003: 97		
	PLANTA 4ª	1.143.301
	MI VIDA SIN MÍ	562.434
	EL REGALO DE SILVIA	16.437
Año 2004: 77		
	MAR ADENTRO	4.099.442
Año 2005: 92		
	PARA QUE NO ME OLVIDES	81.046
	MORIR EN SAN HILARIO	43.371
Año 2006: 80		
	VOLVER	1.930.003
	TU VIDA EN 65 MINUTOS	80.756
	LAS ALAS DE LA VIDA	10.363
Año 2007: 71		
	LA TORRE DE SUSO	282.383
	EL CLUB DE LOS SUICIDAS	262.881
	BAJO LAS ESTRELLAS	196.613
	LA SOLEDAD	125.852
	LA CAJA	29.192
Año 2008: 78		
	CAMINO	308.176
	OSCAR, UNA PASIÓN SURREALISTA	47.140



EN LA CIUDAD SIN LÍMITES

Dirigida por: Antonio Hernández, 2002.

Intérpretes: Leonardo Sbaraglia (Víctor), Fernando Fernán Gómez (Max), Geraldine Chaplin (Marie), Ana Fernández (Carmen), Adriana Ozores (Pilar), Leticia Bredice (Eileen), Roberto Álvarez (Luis), Alex Casanovas (Alberto), Mónica Estarreado (Beatriz), Alfredo Alcón (Rancel).

Guión: Antonio Hernández, Enrique Brasó.

Sinopsis

Víctor se reúne con su familia en París para cuidar de su padre enfermo, Max. Un día, sorprende a su padre tirando las medicinas y vistiéndose a escondidas para intentar escapar de la clínica. La familia, sumida en cuestiones de herencia de su imperio farmacéutico, quita importancia a estos actos. Víctor, en cambio, conmovido por la soledad del anciano, le ayuda a escaparse de la clínica y le acompaña por las calles de una ciudad - París- donde Max pasó su juventud y que ahora ya no reconoce. Poco a poco, Víctor descubre que la locura de Max esconde un secreto. Su padre no es el hombre que siempre aparentó ser. Descubre que su madre hizo algo que no le puede perdonar. Y descubre que la familia debe su existencia a una mentira.

La familia se reúne ante la inminente muerte de Max, gravemente enfermo. Sienten lástima por él, quieren protegerle de la verdad, aunque él es plenamente consciente de que sus días se han agotado. Como en otras ocasiones, la certidumbre de la muerte próxima rescata del pasado cuentas pendientes, episodios inconclusos y deudas que hay que saldar, aunque muchos miembros de la familia sean ajenos a todo ello. Max quiere aparentar que no tiene miedo pero está atormentado por algo que no puede compartir, hasta que pide ayuda al menor de sus hijos que, aunque es incapaz de entender nada, siente que debe ayudar a su padre, y ambos consiguen confiar el uno en el otro. Cuando Max empieza a perder la razón, su familia decidirá

por él, aunque eso a Max ya no le preocupe tanto como el remordimiento por un oscuro episodio de su pasado. Es difícil recuperar el tiempo perdido pero Max, que “*no quiere morir desnudo*”, lo logrará gracias al tesón y al apoyo de su hijo menor.

La traición, la mentira y la verdad se mezclan en esta cinta que ensalza el valor de cumplir las promesas y la palabra dada, incluso cuando ya nadie recuerda nada de lo sucedido. Cerrar capítulos pendientes puede dotar a la muerte de una serenidad que quizá faltara en la vida, y facilita la despedida tanto para el que se marcha como para quien aún podrá recordar, perdonar y olvidar.



HABLE CON ELLA

Dirigida por: Pedro Almodóvar, 2002.

Intérpretes: Darío Grandinetti (Marco), Javier Cámara (Benigno), Rosario Flores (Lydia), Leonor Watling (Alicia), Geraldine Chaplin (Profesora de danza), Mariola Fuentes (Enfermera).

Guión: Pedro Almodóvar.

Sinopsis

Historia sobre la amistad de dos hombres, sobre la soledad, y la larga convalecencia de las heridas provocadas por la pasión. Es también una película sobre la incomunicación de las parejas, y sobre la comunicación. Sobre el cine como tema de conversación. Sobre cómo los monólogos ante una persona silente pueden convertirse en una forma eficaz de diálogo. Del silencio como "elocuencia del cuerpo", del cine como vehículo ideal en las relaciones de las personas, de cómo el cine contado en palabras detiene el tiempo y se instala en la vida de quien lo cuenta y del que lo escucha.

Hable con ella narra una historia en la que realmente no hay una única situación de final de la vida puesto que la protagonista, Alicia, en estado vegetativo persistente, regresa a la vida (intencionalmente en la ficción gracias a dar la vida a otro). Pero sí aparece la muerte, abrupta e inesperada en forma de suicidio.

El interés en el tema que nos ocupa es el tratamiento de la responsabilidad profesional y el cuidado durante la fase vegetativa en la que vive Alicia y cuál es la respuesta del entorno y de los sanitarios. El compromiso de este cuidado es asumido casi por completo por el personal de enfermería que está en constante contacto físico y emocional con Alicia, de ahí el título "*Hable con ella*". Curiosamente el cuidado lo representa aquí un hombre pese a que la mayoría de profesionales de enfermería son mujeres, y esta diferencia será significativa tanto en el desarrollo de los acontecimientos como en la resolución de la historia.

Por el contrario, el papel de los médicos es escaso, dando la información técnica que requieren los familiares pero sin aparecer significativamente en la cinta. Respecto a la posibilidad de participar en la toma de decisiones, en la película no existen instrucciones previas que permitan a la protagonista participar en ellas. No se plantea tampoco durante toda la cinta la posibilidad de limitación del esfuerzo terapéutico dado que no surgen complicaciones que lo pudieran indicar.

El final nos muestra la muerte que no le llegó a Alicia. Ante la imposibilidad de vivir con ella, Benigno, el enfermero, se suicida con una sobredosis de barbitúricos. “*De la muerte emerge la vida*” resume la intención de la película. Vida y muerte engendrándose la una a la otra, dándose sentido y posibilidad.

Los principales valores presentes son la responsabilidad, el cuidado y la protección de la vida, la esperanza y la soledad, así como la importancia de la comunicación incluso en situaciones límite como la presente.



MI VIDA SIN MÍ

Dirigida por: Isabel Coixet, 2003.

Intérpretes: Sarah Polley (Ann), Amanda Plummer (Laurie), Scott Speedman (Don), Leonor Watling (vecina de Ann), Deborah Harry (madre de Ann).

Argumento: Basado en "Pretending the bed is a raft" de Nanci Kincaid.

Guión: Isabel Coixet.

Sinopsis

Ann tiene veintitrés años, dos hijas, un marido que pasa más tiempo en paro que trabajando, una madre que odia al mundo, un padre que lleva diez años en la cárcel, un trabajo como limpiadora nocturna en una universidad a la que nunca podrá asistir durante el día... Vive en una caravana en el jardín de su madre, a las afueras de Vancouver. Esta existencia gris cambia completamente cuando su médico le dice que sólo le quedan unos meses de vida. Decide mantenerlo en secreto y no decírselo ni siquiera a su marido. Desde ese momento hace una lista con las cosas que le gustaría hacer antes de morir e intentará vivir lo que le queda con la mayor pasión posible. De esta forma llegará a desarrollar un amor por la vida que nunca había experimentado.

En esta cinta se plantea directamente la muerte y la posibilidad de planificar y decidir las actuaciones que se desean, cuando morir no es un hecho lejano, ajeno, de otros, sino que aparece de forma abrupta y no se puede huir de él ni negarlo. Ann, la protagonista, decide vivir la fase final de su vida de forma autónoma, sin compartir sus miedos, angustias y sufrimiento con sus seres queridos, a la vez que se plantea las cosas que querría hacer antes de morir e intenta organizar la vida de su familia después de que ella muera.

En dos escenas claves para nuestro análisis, Ann, que creía estar embarazada, es informada por un médico, al que no conoce, de su fatal diagnóstico y pronóstico a corto plazo, en un entorno frío, con brusquedad, por la imposibilidad que reconoce el médico de decirle a sus pacientes que van a

morir mirándoles a los ojos. Pese a ello, el médico no la abandona, respeta sus decisiones y se ofrece a ayudarla. Entre ellos se establece un pacto: ella acepta recibir cuidados paliativos, al menos el control de síntomas, y él se compromete a enviar periódicamente a sus hijas unos mensajes. Si el médico hubiera considerado a Ann incapaz de tomar decisiones o si en un intento de garantizar un posible tratamiento hubiera roto la confidencialidad de su diagnóstico comunicándoselo al marido, habría perdido su confianza, e impedido que Ann actuara y decidiera libremente. “*Morir no es tan fácil como parece*” le dice el médico, y nos recuerda cómo, en la mayoría de ocasiones, salir de la vida es una experiencia dolorosa y llena de sufrimiento.

La muerte se presenta ante esta madre joven como algo incomprensible y brutal que rompe toda la trayectoria vital de Ann: es como si toda su vida fuera un sueño y estuviera a punto de despertar. Pese a ello, Ann acepta la realidad de la muerte con tranquilidad y serenidad, aunque sufre sobre todo por sus hijas y su marido, de forma que decide evitarles el sufrimiento, ocultándoles la verdad. En ese camino Ann se redescubre a sí misma y vuelve a sentir el placer de la vida encarando la muerte.

El valor de la libertad, la autonomía y el respeto a las decisiones, la necesidad de sentir control en el final de su vida, así como la relación de confianza y compromiso que se establece entre el médico y Ann, son las claves de esta conmovedora historia.



PLANTA 4^a

Dirigida por: Antonio Mercero, 2003.

Intérpretes: Juan José Ballesta (Miguel Ángel), Luis Ángel Priego (Izan), Gorka Moreno (Dani), Alejandro Zafra (Jorge), Marco Martínez (Francis), Marcos Cedillo (Pepino), Maite Jauregui (Gloria), Diana Palazón (Enfermera Esther), Estopa.

Argumento: Basado en la obra teatral "Los Pelones" de Albert Espinosa.

Guión: Antonio Mercero, Albert Espinosa, Ignacio del Moral.

Sinopsis

Miguel Ángel, Izan, Dani y Jorge, son un grupo de adolescentes que logran con su alegría desafiar el desprecio del destino y hacer soportable su convalecencia en la planta de traumatología de un hospital. "Los Pelones" descubren en este contexto la importancia de la amistad y de la pertenencia a un grupo. Pero frente a las reafirmaciones colectivas, está la identidad de cada uno reaccionando a su situación: la soledad pretendidamente autosuficiente de Miguel Ángel, el temor de Jorge al diagnóstico, los recuerdos imborrables de Izan, las inquietudes emocionales de Dani... El humor es la fuerza vital que emplean "Los Pelones" para alterar su suerte.

Más que de la muerte, *Planta 4^o* nos habla de la enfermedad potencialmente mortal de unos adolescentes, y muestra los mecanismos de defensa y adaptación que desarrollan ante esa realidad desconocida que amenaza gravemente sus vidas, y que les obliga a permanecer largos periodos recluidos en un hospital. Pero la muerte no es negada, está presente como una posibilidad de la que, la mayor parte del tiempo, es mejor no hablar. El sentido del humor y la complicidad que otorga a los protagonistas el ser víctimas de la misma situación les ayudan a afrontarla, les salvan de la desesperación y del tedio en la espera de un desenlace favorable.

El papel de los profesionales sanitarios es relevante en la cinta. Por un lado, entre las enfermeras hay actitudes de hiperprotección, tratando a los muchachos casi como si fueran bebés, papel que confronta con otros

personajes de mayor cercanía y empatía. Los médicos se muestran técnicos fríos y distantes aunque aparentan ser “colegas”, más preocupados por el mal comportamiento de los chicos que por entender cómo se sienten. Es muy significativa la escena en la que un médico les anuncia la muerte de uno de sus compañeros, al que cuando “*ya no hay nada que hacer*” mandan a morir a su casa. La noticia se comunica de forma brusca, brutal, cruel, sin acogimiento emocional de ningún tipo, de forma que desencadena una reacción de ira y furia incontrolable en los protagonistas, que no pueden entender la realidad de la pérdida de uno de ellos, ni la utilidad de una comunicación tan devastadora.

“*No somos cojos, somos cojonudos*” es el santo y seña de estos chicos, su propia definición vital y esperanzada. “*Nos ha tocao*” refleja la fase de resignación frente a la enfermedad, combinado con sentimientos de soledad, miedo (a la quimioterapia, a las biopsias, al quirófano, a la anestesia...), incertidumbre por la falta de información y rebeldía frente a su situación. Los adolescentes hablan y afrontan la muerte igual que la vida, como una montaña rusa, transgrediendo de continuo las normas y mostrando una gran ambivalencia emocional.

Los principales valores de la película son el valor de la vida y el deseo de vivir, la amistad y lealtad, la importancia del grupo de iguales y de la familia en el acompañamiento emocional, y la esperanza como claves que ayudan a soportar la amenaza de la muerte, el dolor y el sufrimiento en una edad en la que no se tiene preparación suficiente para afrontar la muerte y en la que la sociedad tiende a negarla y ocultarla con ahínco.



MAR ADENTRO

Dirigida por: Alejandro Amenábar, 2004.

Intérpretes: Javier Bardem (Ramón Sampedro), Belén Rueda (Julia), Lola Dueñas (Rosa), Mabel Rivera (Manuela), Celso Bugallo (José), Clara Segura (Gené), Joan Dalmau (Joaquín), Alberto Jiménez (Germán), Francesc Garrido (Marc), Tamar Novas (Javi), José María Pou (Padre Francisco), Alberto Amarilla (Hermano Andrés).

Guión: Alejandro Amenábar, Mateo Gil.

Sinopsis

Ramón lleva casi treinta años postrado en una cama al cuidado de su familia. Su única ventana al mundo es la de su habitación, junto al mar por el que tanto viajó y donde sufrió el accidente que interrumpió su juventud. Desde entonces, su único deseo es terminar con su vida dignamente. La llegada de dos mujeres alterará su mundo: Julia, la abogada que quiere apoyar su lucha y Rosa, una vecina del pueblo que intentará convencerle de que vivir merece la pena. La luminosa personalidad de Ramón termina por cautivar a ambas, que tendrán que cuestionar como nunca antes los principios que rigen sus vidas. Él sabe que sólo la persona que de verdad le ame será la que le ayude a realizar ese último viaje.

La película española con mayor índice de audiencia en salas comerciales en el año 2004 (y la octava más vista de la historia del cine español), narra la experiencia vital de Ramón Sampedro, que decidió morir antes que seguir viviendo, tras un accidente que le dejó tetrapléjico en su juventud. La película expone su lucha para conseguir morir con dignidad, suicidándose con ayuda pero sin que esa ayuda suponga un peligro para quien se la proporcione. Ramón no afronta la muerte, sino la vida, y elige la primera frente a la segunda, *“pero me despierto siempre, y siempre quiero estar muerto”* escribe en uno de sus poemas.

No estamos frente a un documental que presente fielmente los personajes reales de la historia (como será el caso de *“Las alas de la vida”*).

Alejandro Amenábar elige realizar una dramatización de la historia real, personal, local y al tiempo universal de Ramón, y nos hace sentir la tortura de Ramón, que quiere escapar de la cárcel de estar vivo en un cuerpo muerto, sentir ese cuerpo como un sarcófago que impide la vida “real” para Ramón. “*Cambiar de aires, eso está bien*” le dicen a Ramón cuando se marcha a Boiro para morir. Antes de su viaje definitivo, Ramón huye de la realidad con la imaginación y sus ensoñaciones, con sus vuelos libres en busca del mar, origen y destino de su historia. Salvan también a Ramón la música, los libros, las mujeres, el humor, la ironía. Ramón no quiere la silla, se niega a conformarse con las migajas de la vida. Encarcelado en su propio cuerpo, pide respeto a su voluntad y que no le juzguen sin conocer su realidad. Armado emocional e intelectualmente para decidir sobre su vida, quiere desarrollar su capacidad de decidir, sin miedo, serenamente. Físicamente incapaz de terminar con su vida por sí sólo, pide respeto a sus decisiones personales, y confía en que alguien llegue a entenderle y esté dispuesto a ayudarle a escapar de su particular prisión. Ramón transita por un doble camino, el de la vida y el de la muerte, consciente de las consecuencias de sus actos también para su familia y amigos.

La película coloca al espectador delante de la muerte, casi en un precipicio, y le obliga a enfrentarse a ella, a la vez que le hace sentirse cada vez más vivo. Vida, muerte, amor, deseos, justicia y libertad son elementos calves en una historia que merece ser contada. En ella el mar es esencial, permanente metáfora de la vida y la muerte, el viaje definitivo, sin final, el origen y el descanso, el ir y venir de las olas, el ciclo de la vida. Ese viaje hacia la muerte a través de la vida presenta la muerte como parte natural del proceso de la vida, y señala que se puede compartir con los demás. Caminando por la vida inevitablemente nos encontramos con la muerte y la pérdida. La muerte es un elemento fundamental en la película, pero no aislado, sino que trae la vida de la mano.

Hay otras muertes en la historia. La de Ramón, esperada, buscada y deseada, pero que no llega. Y la de Julia, con una enfermedad que progresa a la discapacidad física y mental, que teme la agonía y ve como la muerte se aproxima. El espectador se puede identificar con las dos muertes, puede

entender racional, emocional y empáticamente las decisiones tomadas, en principio paralelas y después opuestas, de Julia y Ramón.

La familia tiene un papel central, a la vez que Ramón es el centro de la familia, que durante años hizo girar las vidas de todos en torno a las necesidades de cuidado y la situación de Ramón. La única necesidad que no pudieron cubrir fue dejarle o ayudarle a morir. Es muy relevante la escena en la que la cuñada expresa el gran dolor e indignación que siente cuando escucha en los medios de comunicación que la petición de Ramón está generada por un entorno familiar que no le da lo que necesita (amor, cuidados, entrega...). En la relación con la familia la película señala muchos sentimientos que no se comunican, pero la realidad es tremendamente emocional, sobre todo en la comunicación no verbal, así como la despedida en la que cada personaje, a su modo, se enfrenta a la idea de la pérdida y no quiere dejarle ir. Nadie sabe lo que duele la muerte de un hijo, excepto un padre o una madre. La familia está con Ramón hasta el final, aunque al final no le puedan acompañar.

Ningún profesional sanitario aparece en la película, ni la petición de ayuda al suicidio aparece canalizada por esa vía. Ramón busca a una persona que, amándolo, le ayude a morir. El suicidio es asistido no por la técnica profesional sino por el amor.

Ramón muere sufriendo, a escondidas, no es esta la muerte que él pedía, pero aún así la acepta. La secuencia en la que Ramón se bebe el cianuro hace explícito el momento de la muerte, no es eludido con una voz en *off* o con otro recurso cinematográfico. La película y el director le deben a la historia de Ramón mostrar también su final, como hizo el propio Ramón al grabar su muerte. La escena tiene un tremendo impacto (magníficamente interpretada por Javier Bardem) pues en pocas ocasiones el cine (ni la vida) nos han mostrado la muerte de forma tan directa, aunque dulcemente suavizada por las imágenes del accidente, de nuevo vida y muerte, principio y fin mezclados para que el espectador pueda digerir la dureza de lo que ve. La muerte se hace real, se ve cómo llega y cómo se lleva a Ramón. Saber que la realidad fue similar la hace aún más estremecedora. Con todo, consigue ser una escena serena por la seguridad que Ramón transmite en su decisión.

La película y el caso de Ramón generaron tensión y polémica social. Las asociaciones como Derecho a Morir Dignamente, la respuesta de la justicia, el

debate teológico sobre la sacralidad de la vida se mezclaron en un turbulento debate social en el que hubo más pasión que deliberación, en el que mantener y defender la propia postura era más importante que entender las razones del otro. El debate aún permanece abierto y los argumentos a favor y en contra siguen enfrentados y enquistados.

El valor de la libertad, de la dignidad de la vida y de la muerte, la posibilidad de disponer de la propia vida, la legitimidad del suicidio y de la ayuda al mismo, la autonomía, el valor de la familia como soporte en los cuidados, y la justicia son algunos de los valores presentes en esta conmovedora película, un auténtico regalo, homenaje al que se fue y bálsamo para los que se quedaron.



PARA QUE NO ME OLVIDES

Dirigida por: Patricia Ferreira, 2005.

Intérpretes: Fernando Fernán-Gómez (Mateo), Emma Vilarasau (Irene), Marta Etura (Clara), Roger Coma (David), Mónica García (Ana), Víctor Mosqueira (Antonio).

Guión: Patricia Ferreira, Virginia Yagüe.

Sinopsis

Irene vive con su hijo, David, y con su padre, Mateo, un anciano vitalista a pesar de su trágica historia: Mateo era casi un niño durante la Guerra Civil y en la represión posterior a la contienda perdió su casa y a toda su familia. David ha encontrado a Clara, o Clara lo ha encontrado a él, en el hipermercado cercano del que ella es cajera, y entre ellos ha surgido no sólo el amor sino también la comprensión, la complicidad. David no puede evitar la hostilidad de su madre hacia una relación que ella cree que no le conviene. Ésas son sus vidas, cercanas y reconocibles. Hasta que un día un hecho inesperado las pondrá decisivamente a prueba y tendrán que aprender a vivir de nuevo descubriendo cada uno de ellos lo que no sabía de los demás.

El valor del recuerdo y la memoria son claves en el proceso de superación del duelo por el que atraviesan los personajes de esta historia. Tras la trágica e inesperada muerte de David, que muere en la UVI, sólo y sin despedirse, las dos mujeres que más le amaban tienen que enfrentarse a su recuerdo. La madre necesita olvidar al hijo para seguir viviendo, pero no puede borrarlo todo de golpe. La novia, desesperada ante el vacío total que le ha dejado su muerte, intenta suicidarse. El abuelo se refugia en sus recuerdos para mantenerle vivo. El resto de personajes ven con impotencia el dolor ajeno provocado por la ausencia, pero no saben cómo pueden ayudar a superarlo.

La soledad, el dolor y el sufrimiento por la pérdida y el valor del recuerdo y la memoria son los valores claves de esta cinta que presenta los sentimientos desgarrados en el duelo abrupto de la muerte intempestiva.



TU VIDA EN 65 MINUTOS

Dirigida por: Maria Ripoll, 2006.

Intérpretes: Javier Pereira, Marc Rodriguez, Nuria Gago Roca, Oriol Vila.

Guión: Albert Espinosa.

Sinopsis

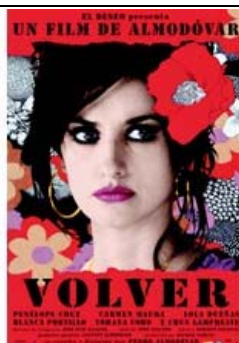
Un domingo cualquiera, tres jóvenes amigos leen la esquila de quien suponen es un compañero del colegio al que hace tiempo perdieron la pista. Acuden al tanatorio y se dan cuenta que se han equivocado y que aquel entierro no es de su compañero de escuela. A partir de aquí la confusión y el azar tejen una historia de amistad, de amor y de muerte.

Si es difícil hablar de la muerte, aún lo es más afrontar el tema del suicidio, la muerte elegida, adelantada, casi siempre incomprensible para los supervivientes que intentan justificarla y a la vez no sentirse culpables.

Con la frescura propia de la adolescencia, los amigos de la película descubren leyendo esquelas una muerte que les resulta intrigante, acuden al tanatorio, a un entierro equivocado, a una reunión de jóvenes que quieren recordar al muerto al que no conocen, sin perder su sentido del humor ni la sonrisa. El desarrollo de los acontecimientos les lleva a reflexionar sobre la realidad de la muerte que no comprenden, sobre sus experiencias previas (la muerte del padre), combinando sus recuerdos con las dudas que la vida les plantea. “*¿Y de que ha muerto Albert? De joven, se ha suicidado*” nos acerca a la realidad turbulenta del mundo adolescente.

Sin llegar a tomarse nada totalmente en serio, ni la vida, ni la muerte, la verdad, el amor o la amistad, recorren un camino en el que van madurando sus emociones, aclarando sus razones, buscando certezas entre la cotidiana incertidumbre y ambivalencia de sus sentimientos para encontrar sentido a sus vidas. Los amigos intentan compartir su miedo frente a la muerte, pero no quieren hablar de ella, salvo el protagonista que no ha superado la muerte de su padre del que no pudo despedirse, y quiere hablar de ello con sus amigos, aunque ellos lo evitan. Quiere compartir su ideación suicida previa, pero sus amigos no le acogen como él espera. Sólo con quien ama consigue hablar de la pérdida del padre, pero no acaba de resolver el dolor de la ausencia. Cuando encuentra el amor, la vida y la felicidad es perfecta, ya no necesita buscar nada, por lo que decide que no vale la pena vivir más.

El valor de la vida, la amistad, la verdad, la soledad, la comunicación, la dificultad de gestionar los sentimientos, así como el poder hablar de la muerte y compartir los miedos con el grupo de iguales, son los elementos calve de esta cinta que muestra el acercamiento a la muerte en la tumultuosa edad de la adolescencia.



VOLVER

Dirigida por: Pedro Almodóvar, 2006.

Guión: Pedro Almodóvar.

Intérpretes: Penélope Cruz (Raimunda), Carmen Maura (Abuela Irene), Lola Dueñas (Sole), Blanca Portillo (Agustina), Yohana Cobo (Paula), Chus Lampreave (Tía Paula), María Isabel Díaz (Regina), Neus Sanz, Pepa Aniorte, Yolanda Ramos (Presentadora televisión), Antonio de la Torre (Marido de Raimunda), Carlos Blanco, Leandro Rivera (Barman).

Sinopsis

Tres generaciones de mujeres sobreviven al viento solano, al fuego, a la locura, a la superstición e incluso a la muerte a base de bondad, mentiras y una vitalidad sin límites. Ellas son Raimunda casada con un obrero en paro y una hija adolescente. Sole, su hermana, se gana la vida como peluquera. Y la madre de ambas, muerta en un incendio, junto a su marido. Este personaje se aparece primero a su hermana y después a Sole, aunque con quien dejó importantes asuntos pendientes fue con Raimunda y con su vecina del pueblo, Agustina. Según su director, *"Volver" no es una comedia surrealista, aunque en ocasiones lo parezca. Vivos y muertos conviven sin estridencias, provocando situaciones hilarantes o de una emoción intensa y genuina. Es una película sobre la cultura de la muerte en mi Mancha natal. Mis paisanos la viven con una naturalidad admirable. El modo en que los muertos continúan presentes en sus vidas, la riqueza y humanidad de sus ritos hace que los muertos no mueran nunca. "Volver" destruye los tópicos de la España negra y propone una España tan real como opuesta. Una España blanca, espontánea, divertida, intrépida, solidaria y justa.*

En la opinión de su director, *Volver* es una película sobre la cultura de la muerte en la España rural actual. De hecho la película presenta escenas que ya son ajenas para muchos niños y adolescentes: la visita al cementerio que las mujeres limpian y cuidan (incluso arreglan sus propias tumbas para cuando las tengan que ocupar), el velatorio en casa, el luto, el cortejo fúnebre recorriendo las calles del pueblo... Simplemente la muerte se vive con una naturalidad admirable que no debería haber perdido en otros ámbitos más

urbanos. En la cinta además los muertos se mezclan con los vivos, se aparecen y ayudan a los que les necesitan, conviven sin estridencias, son una presencia apacible y tranquila de la que no es necesario huir ni a la que haya que temer.

Aparece también en la película el homicidio accidental, que se esconde, y la enfermedad terminal de uno de los personajes que es cuidado hasta el final por una de las “muertas” que en realidad sigue viva.

El valor de la naturalidad de la muerte, que no se niega ni se esconde, y de los rituales que la acompañan, y la importancia de la familia son los valores principales de esta cinta que muestra una parte de nuestra cultura a recuperar.



LAS ALAS DE LA VIDA

Dirigida por: Antonio Pérez Canet, 2006.

Intérpretes: Carlos Cristos, Carmen Font, Omar Karpzyza, Antoni Canet, Carmen Santos.

Guión: Jorge Goldenberg, Carmen Font, Francesc Hernández, Xavi Garcia-Raffi, Carmen Santos, María Tomás y Antoni P. Canet.

Sinopsis

El médico Carlos Cristos, que a sus 47 años padece una enfermedad terminal, llama a un amigo, director de cine, para que filme su lucha por la dignidad en el vivir y en el morir y, sin dramatismo y “si es posible con una sonrisa”, transitar juntos por el complejo escenario creado entre los umbrales de la vida y la muerte.

Se trata de un documental que narra la vivencia de la evolución de una enfermedad degenerativa con gran repercusión en la autonomía para realizar las actividades básicas de la vida diaria y en el mundo relacional del protagonista, Carlos Cristos, que además es un médico de familia español. Se enfatiza la lucha por mantener una vida de la mayor calidad posible, adaptándose a las nuevas limitaciones que van apareciendo, sin perder la esperanza ni el gusto por vivir. Se asume la discapacidad y la muerte próxima con serenidad, a la que se añade un deseo de aumentar el conocimiento de la enfermedad a través de determinados experimentos y mediciones de constantes que realiza el propio Carlos. Su entorno próximo, y sobre todo su mujer, que también es médica de familia, se presenta como un apoyo fundamental que va asumiendo los cambios y las pérdidas con naturalidad. Se ha excluido del documental la vivencia de la hija de Carlos de la enfermedad de su padre por expreso deseo de la familia, aunque la niña aparece como pieza clave de la vida de Carlos. Además de la familia es esencial el apoyo de amigos y compañeros, algunos de los cuales le ayudan a redactar su documento de instrucciones previas en una escena tremendamente emotiva en la que Carlos expresa el sufrimiento que le genera la proximidad de la muerte. Aparecen otros profesionales sanitarios que le ayudan en su lucha por encontrar sentido a su experiencia y que aportan una reflexión sobre los cuidados paliativos.

Carlos quiere compartir con la sociedad en la que vive su experiencia de enfermedad, sufrimiento y muerte, y pide a su buen amigo que grabe el momento final, como última forma de entrega generosa. Quiere en definitiva dar un valor añadido a su vida y a su muerte, ofreciéndola para contribuir a superar el tabú actual que gira en torno a ella.

“Mientras haya música seguiremos bailando, y si puede ser con una sonrisa” es la idea que transmite toda la cinta. La familia y la amistad, la esperanza, la adaptación a la realidad, la muerte vista como un proceso natural que se acepta pese a su llegada anticipada (por conocida y temprana) y la autonomía y participación activa en todo el proceso son los elementos y valores fundamentales que presenta la película.



LA TORRE DE SUSO

Dirigida por: Tom Fernández, 2007.

Intérpretes: Javier Cámara, Malena Alterio, Gonzalo De Castro, Fanny Gautier, Emilio Gutiérrez-Caba, Mariana Cordero.

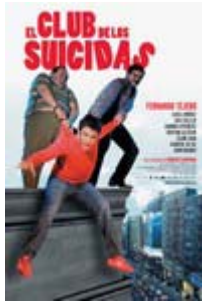
Guión: Tom Fernández.

Sinopsis

Cundo regresa a su tierra después de diez años de ausencia. El motivo es la muerte de su mejor amigo, Suso. Los planes de Cundo son emborracharse con el resto de sus viejos amigos a la salud de Suso, aparentar que todo le va de maravilla y salir corriendo de allí otra vez. Pero ni las cosas le van tan bien, ni Suso se va a conformar con una borrachera.

En esta película el tema central es el duelo y cómo la vida cambia y continúa después de la muerte de un querido amigo. El reencuentro en el pueblo, con amigos y con el propio pasado, trae como consecuencia reavivar recuerdos, heridas y antiguos rencores, pero sobre todo implica cumplir un sueño del amigo muerto, una forma de honrar su memoria y evitar su olvido. Pese a las dificultades, los amigos de Suso consiguen alzar la torre que el amigo muerto ya no podrá ver, y que será derribada. Pero el sueño está cumplido y la vida puede continuar.

El principal valor presente en la cinta es el del compromiso y la importancia de cumplir las promesas, así como la amistad, colaboración y el empeño de culminar un proyecto común.



EL CLUB DE LOS SUICIDAS

Dirigida Por: Roberto Santiago, 2007.

Intérpretes: Fernando Tejero (Antonio), Lucía Jiménez (Ana), Luis Callejo (Manuel), Juanma Cifuentes (Javi), Cristina Alcázar (María José), Clara Lago (Laura), Joan Dalmau (Pedro), Alberto Jo Lee (Tsu Wen).

Argumento: Basada libremente en el relato "El Club de los Suicidas" de Robert Louis Stevenson.

Guión: Curro Royo, Juan Vicente Pozuelo, Roberto Santiago.

Sinopsis

Comedia negra que cuenta las aventuras de un grupo de hombres y mujeres que se conocen en una terapia de la seguridad social para suicidas. Todos los personajes de la película han intentado acabar con sus vidas por diferentes motivos y todos han fracasado en el intento. Todo cambia al caer en sus manos una vieja edición de la novela *El club de los suicidas*, de Robert Louis Stevenson. Y deciden crear ellos su propio club secreto, cuyo objetivo es muy sencillo: matarse los unos a los otros. Se reúnen una noche a la semana. Y juegan a las cartas. El que gana debe morir. Y el que pierde debe matarle en el plazo de siete días. Entonces será cuando descubran que matar a otra persona es aún más complicado que intentar suicidarse.

Dentro de los posibles acercamientos al difícil tema del suicidio, esta película opta por calves de humor, y dado el número de espectadores y quizá también por sus actores protagonistas, parece que con acierto. La trama sigue un curso fluído, en el que los suicidas van siendo eliminados por sus propios compañeros de juego sin que se muestren reacciones de vergüenza o arrepentimiento. Sólo el amor logrará disuadir a algunos participantes, y su deserción será fuente de malestar en el grupo. Cabe señalar la figura de la terapeuta, con evidentes limitaciones a la hora de manejar sus propios conflictos, así como su incapacidad para evitar el peligroso rumbo que deciden seguir los suicidas.

Quizá el valor más destacable sea el del compromiso que adquieren los miembros de este particular club, el deseo de ayudarse mutuamente, así como la capacidad de realmente entender la realidad del otro.



BAJO LAS ESTRELLAS

Dirigida por: Félix Viscarret, 2007.

Intérpretes: Alberto San Juan (Benito), Emma Suárez (Nines), Julián Villagrán (Lalo), Violeta Rodríguez (Ainara), Luz Valdenebro (Pauli), Amparo Valle (Tía Encarna).

Argumento: Basada en la obra "El trompetista del Utopía" de Fernando Aramburu. Editada por Tusquets Editores.

Guión: Félix Viscarret.

Sinopsis

Cuando Benito Lacunza -camarero holgazán aspirante a músico de jazz- tiene que volver por la inminente muerte del padre a Estella, su pueblo natal, descubre con sorpresa que su hermano Lalo, un santurrón aficionado a hacer esculturas con chatarra, se ha echado novia. Benito la conoce de sus juergas adolescentes: es Nines, una madre soltera castigada por la vida. Benito se propone impedir que Lalo caiga en semejante trampa, pero sus planes se derrumban cuando conoce a la hija de Nines, Ainara, una niña introvertida, rebelde y fumadora precoz, con quien Benito entabla una insólita amistad. Cuando las cosas se tuercen para esta peculiar familia, Benito decidirá por primera vez en su vida tomar las riendas para ayudar, al menos a su estilo, a todas las personas a las que quiere.

La muerte aparece en esta película en sus tres manifestaciones posibles: natural (el padre), accidental (el atropello) y autoinfligida (suicidio), y actúa como hilo conductor de la historia. De ella nacen el reencuentro de la familia (los hermanos) y nuevas posibilidades de relación, cuidado y compromiso. Las tres muertes enfrentan a los protagonistas a decisiones morales: asumir responsabilidades, decir la verdad, reconocer la culpa, y estas decisiones y los actos que de ellas se derivan acarrearán importantes consecuencias. Al mismo tiempo la muerte y el duelo se presentan de forma natural en un entorno rural aún acostumbrado a velar a los muertos.

Los principales valores presentes son el compromiso y la responsabilidad, haciendo ver cómo el daño causado que no puede repararse genera un sentimiento de culpa tal que sólo puede borrarse con la propia muerte.



LA SOLEDAD

Dirigida por: Jaime Rosales, 2007.

Intérpretes: Sonia Almarcha (Adela), Petra Martínez (Antonia), Miriam Correa (Inés), Nuria Mencia (Nieves), María Bazán (Helena), Jesús Cracio (Manolo), Luis Villanueva (Carlos), Luis Bermejo (Alberto), Juan Margallo (Padre), José Luis Torrijo (Pedro), Carmen Gutiérrez (Miriam).

Guión: Enric Rufas I Bou, Jaime Rosales.

Sinopsis

Adela, una joven separada y con un hijo de un año de edad, deja atrás la vida que lleva en su pequeño pueblo natal y se traslada a Madrid. Un atentado terrorista, mientras viaja en autobús, dejará su vida hecha añicos. A partir de ese momento, deberá encontrar la fuerza para regresar a una vida normal.

La soledad cuenta una historia sobre la fragilidad de la vida y sobre la coexistencia de la vida y la muerte. Se entremezclan en ella la cotidianeidad de las vidas y las muertes en dos familias que se cruzan casi por azar. Retrata los duelos de la muerte inesperada e incomprensible de un bebé que muere en un atentado en brazos de su madre, y la muerte del casi-final de la vida en una mujer mayor. También explora la realidad de la enfermedad casi mortal de una joven. El duelo y la culpa se apoderan de la madre del bebé muerto. La familia de la anciana fallecida deja asomar sus rencores pasados en la elaboración del duelo.

Las dos muertes son posibles, pero inesperadas, y esto las hace difíciles de superar. En la superación los personajes encuentran posiciones de anclaje a la vida, como puede ser la recuperación de relaciones personales significativas que estaban estancadas.

Película minimalista y naturalista con mucha cotidianidad más que acción, que cuenta sin contar, que sugiere más que muestra emociones y situaciones de dolor y de superación. No persigue un argumento ni una historia en concreto, sino que tiene que ver con la sensación del existir, del estar y del no estar, y en ese tempo se puede llegar a entender que la vida y la muerte no son sino dos momentos de una misma realidad.



CAMINO

Dirigida por: Javier Fesser, 2008.

Intérpretes: Nerea Camacho (Camino), Carme Elias (Gloria), Mariano Venancio (José), Manuela Vellés (Nuria), Ana Gracia (Inés), Lola Casamayor (Tía Marita), Lucas Manzano (Cuco), Pepe Ocio (Don Miguel Ángel), Claudia Otero (Begoña), Jordi Dauder (Don Luis), Emilio Gavira (Mr. Meebles), Miriam Raya (Elena).

Guión: Javier Fesser.

Sinopsis

Inspirada en hechos reales. Pamplona, junio de 2001. Camino, una preciosa y dulce niña de once años, vive sus últimos momentos en la habitación de un hospital. Rodeada de familiares, amigos, sacerdotes y un número inusitado de personal clínico, da a todos un casi sobrenatural ejemplo de muerte serena y feliz. En una atmósfera de santidad y cuando parece que la muerte es ya inevitable, ocurre algo extraordinario en la habitación. Inspirada en hechos reales, Camino es una aventura emocional en torno a una extraordinaria niña de once años que se enfrenta al mismo tiempo a dos acontecimientos que son completamente nuevos para ella: enamorarse y morir. Camino es, sobre todo, una luz brillante capaz de atravesar todas y cada una de las tenebrosas puertas que se van cerrando ante ella y que pretenden inútilmente sumir en la oscuridad su deseo de vivir, amar y sentirse definitivamente feliz.

Camino es una película difícil ya desde su inspiración en una historia real, aunque no pretenda ser fiel a la misma. Además lo es por afrontar con valentía y coraje la difícil tarea de presentar la muerte de una adolescente en un entorno de marcada religiosidad católica, siendo este elemento poco habitual en el cine contemporáneo. Galardonada con los Premios Goya 2009 de Mejor película, director, guión original, actriz (Carme Elías), actor de reparto (Jordi Dauder) y actriz revelación (Nerea Camacho), suscitó como era de esperar una gran polémica respecto a las intenciones críticas del director frente al Opus Dei. Más allá de esta polémica, la cinta presenta una situación dramática vivida con la ilusión y esperanza propias de la edad infantil, en la que la fe (en la religión,

la familia, la amistad o el amor) marca el camino a seguir, que es claramente diferente para cada uno de los personajes. Cabe señalar cómo la misma historia es vivida de forma absolutamente opuesta desde la mirada de la niña y desde la mirada de “los otros” (la madre, el padre, el sacerdote, los sanitarios), apuntando a la necesidad de descubrir cómo es esa vivencia subjetiva y personalísima, para adaptar la ayuda ofrecida a las necesidades reales de la persona que sufre. En esta cinta es muy interesante observar el papel que se otorga a los profesionales sanitarios y cómo sus actitudes y decisiones repercuten en la sensación de desamparo o acompañamiento de la niña. Los principales valores presentes en la cinta son la importancia de la familia, la amistad, el amor, la esperanza y la fe, a la vez que el coraje de enfrentar con valentía una situación trágica.

5. DISCUSIÓN

Una vez expuestas las premisas de la introducción y a la vista de los resultados obtenidos, se estructura la discusión en tres apartados. En el primero se analiza la presencia de la bioética tanto en las Facultades de Medicina españolas como en los programas docentes de la formación médica especializada. En la segunda parte se estudian las posibilidades del uso del cine con fines docentes en Medicina y bioética. Por último la tercera sección se dedica al análisis de la presencia de la muerte y sus variantes en el cine español de este siglo.

5.1. BIOÉTICA PARA MÉDICOS

La formación en bioética de los futuros médicos durante el pregrado es desigual en las Facultades de Medicina españolas. Existe un espacio común en 6º curso en la asignatura troncal *Medicina Legal, Toxicología, Deontología y Legislación*, en el que algunas Facultades incluyen contenidos de bioética además de los propios de la deontología médica, si bien en la mayoría de los programas de esta asignatura (impartida fundamentalmente por médicos forenses) los contenidos se refieren a aspectos legales.

Si comparamos los datos obtenidos con la situación del año 2005⁴³, se observa un incremento de las asignaturas optativas y de libre configuración que son específicamente de bioética. De tal modo que en 2008, si excluimos la asignatura troncal mencionada anteriormente, son sólo 3 las Facultades de Medicina españolas que no ofrecen un espacio de reflexión específico sobre aspectos bioéticos o de ética médica (Autónoma de Barcelona, Miguel Hernández y Rovira i Virgili)). Pese al incremento en la oferta, es destacable que en la mayoría de Facultades esta formación no es obligatoria.

⁴³ Según la refiere M^aÁngeles del Brío en *Valoración de la bioética en los estudios de Medicina*. Rev Calidad Asistencial 2005;20(5):285-9. Una reciente publicación de la Cátedra de la UNESCO muestra la necesidad de conocer la situación de esta formación universitaria en España. Ver: Casado M, Leyton F. *La enseñanza de la Bioética en las Universidades Españolas*. Revista de Bioética y Derecho 2009;Nº 17:46-49.

Dentro de este marco, es señalable que la carga docente en créditos también es muy dispar, en un rango que va de 2 créditos hasta 14,5. Estos créditos también han aumentado de forma significativa desde 2005.

La falta de uniformidad no ha quedado resuelta con la implantación de los estudios de Grado, como puede comprobarse en los programas de las nuevas Facultades adaptadas al Espacio Europeo de Educación Superior. Así en las cinco nuevas Facultades de Medicina se mantiene la variabilidad en cuanto al número de asignaturas de bioética, curso en que se imparten y créditos docentes asignados.

En el nivel de posgrado, se encuentran varios espacios en los que adquirir formación especializada en bioética. Son ocho las Facultades de Medicina que ofertan estudios específicos de Master en Bioética⁴⁴. Resulta llamativa esta amplia oferta de formación especializada para unos profesionales que apenas reciben contenidos en bioética en los curricula médicos. Aunque puede ser la respuesta a esta carencia, parecería más adecuado que todos ellos recibieran una formación obligatoria, puesto que esta se considera una competencia básica⁴⁵, y la formación especializada no puede abarcar a todos los profesionales.

Respecto al periodo de especialización, los programas docentes mantienen la disparidad. Con carácter general cabe señalar que los programas antiguos, de 1996, apenas incluyen contenidos en bioética. Sin embargo, muchos de los publicados con posterioridad han introducido, algunos de ellos con profusión, esta materia como una competencia esencial. Por citar un ejemplo, el programa de la especialidad de Obstetricia y Ginecología no mencionaba ningún aspecto de la bioética en su edición de 1996, y sin embargo el nuevo programa de 2009 es de los que con mayor profundidad detalla contenidos, actitudes y algunas habilidades en bioética.

⁴⁴ Existe la posibilidad de encontrar formación en bioética en Facultades distintas a Medicina (por ejemplo de Derecho, en la Universidad de Murcia o de Castilla La Mancha - Albacete) o en otras Universidades sin estudios propios de Medicina: la Universitat Ramon LLull, la Universidad Católica de Murcia, la Universidad Católica de Alicante y la Universidad Pontificia de Comillas. Entre las nuevas Universidades, la Rey Juan Carlos I de Madrid ofrece también un Master en Bioética. Así mismo se puede recibir formación a distancia en la UNED.

⁴⁵ Como recoge la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina españolas en el Libro Blanco de la titulación de Medicina, ANECA, 2005.

A pesar de esta mejoría, es llamativa la ausencia de mención a competencias éticas en algunas especialidades médicas, como en Pediatría o en Anestesia y Reanimación. En cambio, otras desarrollan los contenidos de forma extensa, siendo destacables por ello las especialidades de Medicina Familiar y Comunitaria, Cirugía General y del Aparato Digestivo, Endocrinología y Nutrición, Oncología Radioterápica y Otorrinolaringología. Lo que falta por saber es la aplicación práctica de estos programas docentes, y si estas competencias se ofrecen a los Médicos Internos Residentes durante sus rotaciones o en cursos de formación.

Algunos programas recogen la necesidad de formación en otras competencias básicas como las habilidades de comunicación, que son aún más olvidadas en los programas del pregrado. Esto resulta ciertamente inquietante, pues si hay una habilidad esencial y de aplicación diaria por parte de los médicos, sin duda es la comunicación y relación con sus pacientes.

Se señala también en algunos programas la importancia de la figura del tutor, sobre todo enfatizando su papel ejemplarizante.

Un apartado que suscita controversia es determinar qué se debe enseñar en bioética, y cómo y quién debería impartir esta materia. Una de las propuestas más interesante, fundamentada y desarrollada es la que en 2001 presentó el Grupo de Trabajo sobre “La enseñanza de la bioética” de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. En *La educación en bioética de los profesionales sanitarios en España: una propuesta de organización*, se concretan objetivos, contenidos, niveles, metodología y evaluación, así como el perfil docente ideal. Una prudente y oportuna propuesta que podría ser utilizada para el desarrollo curricular de esta esencial competencia.

5.2. CINE, MEDICINA Y BIOÉTICA.

El cine comercial se ha utilizado en las aulas de educación infantil, primaria y secundaria, con propuestas en el ámbito de la educación en valores⁴⁶ y recientemente en educación para la ciudadanía⁴⁷, en la enseñanza de la filosofía⁴⁸ y otras ciencias sociales⁴⁹, e incluso para introducir el acercamiento de la muerte al entorno educativo⁵⁰.

En las Facultades de Medicina se han encontrado experiencias que parten de presupuestos similares, concediendo al cine una capacidad pedagógica para formar en cuestiones éticas (tanto profesionales como asistenciales), aprender a enfrentar las enfermedades desde la visión única, subjetiva y personalísima del paciente. De alguna manera permite poner el conocimiento teórico en el contexto vivo de un paciente, y destacar algunos de los conflictos éticos que plantea la práctica de la Medicina en nuestros días⁵¹.

Se analizan primero las experiencias de asignaturas de libre configuración en las que el método elegido es la deliberación mediada por el cine. En ellas se pretende facilitar la reflexión de la Medicina o la Psiquiatría desde claves humanas, a través de la mirada de los personajes que aparecen en las películas. En estas experiencias es común el interés por tender un

⁴⁶ Véase Martínez-Salanova Sánchez E. *Aprender con el cine, aprender de película. Una visión didáctica para aprender e investigar con el cine*. Huelva, Grupo Comunicar, 2002. También Gispert E. *Cine, ficción y educación*. Barcelona: Alertes; 2009, Prats L. *Cine para educar*. Barcelona, Belacqua, 2005. y Almacellas M^aA. *Educación con el cine*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias; 2004.

⁴⁷ Equipo Padres y Maestros. *Cine y ciudadanía. Valores para trabajar en el aula*. Bilbao: Ediciones Mensajero; 2009.

⁴⁸ Véase Cabrera J. *Cine: 100 años de filosofía. Una introducción a la filosofía a través del análisis de películas*. Barcelona: Gedisa; 2006 y Rivera JA. *Lo que Sócrates diría a Woody Allen*. Madrid: Espasa Calpe, 2003.

⁴⁹ Véase Moreno Martín F, Muiño L. *El factor humano en la pantalla. Un paseo por la psicología desde el patio de butacas*. Madrid: Editorial Complutense; 2003.

⁵⁰ Véanse las propuestas de Concepción Poch y Olga Herrero en *La muerte y el duelo en el contexto educativo*. Barcelona: Paidós; 2003. También las elaboradas por Agustín de la Herrán y Mar Cortina en *La muerte y su didáctica. Manual para educación infantil, primaria y secundaria*. Madrid, Editorial Universitas, 2006.

⁵¹ Dos propuestas interesantes son las de Alexander M, Lenahan P, Pavlov A, editores. *CinemEducation, a comprehensive guide to using film in medical education*. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005. (que incluye minutaje de escenas y preguntas relacionadas) y la de Shapshay S, editora. *Bioethics at the Movies*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2009. Ambas agrupan las películas sugeridas según cuadros clínicos, momentos del ciclo vital, relación médico paciente, final de la vida, etc.

punto de vista de la profesión médica, aspectos que no suelen estar presentes en el currículo formal de la licenciatura. Es ese paso del pensamiento lógico al afectivo-emocional el que se persigue. Además se pretende desarrollar en los alumnos la capacidad de análisis y reflexión crítica de una realidad absolutamente subjetiva. Otros objetivos señalados son identificar conflictos médicos y bioéticos (así como los distintos cursos de acción posibles ante ellos) y los valores del ejercicio profesional.

A través de las películas también se pueden ejemplificar determinados cuadros clínicos⁵², no sólo en su dimensión sintomatológica, sino también en su dimensión humana, en sus formas de relación interpersonal, así como resaltar la imagen que tienen en la sociedad actual.

No existe un espacio definido en las licenciaturas de Medicina para presentar a los alumnos el punto de vista que la sociedad tiene de los médicos o las distintas enfermedades, de modo que en ocasiones no está del todo claro para los estudiantes cuál es su papel social, qué se espera de ellos en el ejercicio de su profesión. Es el que podríamos denominar como arquetipo o paradigma de la profesión, una suerte de conocimiento tácito que conforma la manera de pensar de los médicos, del que no suele hablarse abierta y explícitamente, y que pertenece al ámbito del currículo oculto. Las grandes obras del cine (y la literatura⁵³) ayudan a hacerlo explícito, ofreciendo lúcidas

⁵² Para las posibilidades de enseñar enfermedades infecciosas véase Fresnadillo Martínez MJ, Diego Amando C, García Sánchez E, García Sánchez JE. *Metodología docente para la utilización de la microbiología médica y las enfermedades infecciosas*. Rev Med Cine 2005; 1 (1): 17-23.

⁵³ Son muchas las obras literarias que, en distintos momentos históricos y culturales, han tenido como protagonistas a médicos o enfermedades. Es muy interesante la recopilación de José Fernández Guerra en su libro *Medicina y Literatura: hacia una formación humanista*. Málaga: Grupo editorial 33; 2006. A ella se pueden añadir la saga de Noah Gordon compuesta por *El médico*, *Chaman* y *La Doctora Cole*; la novela de Sándor Márai *La hermana* que muestra la evolución de una enfermedad degenerativa y el dolor que la acompaña; con una temática similar cuenta su trágica experiencia con el síndrome de cautiverio Jean-Dominique Bauby en *La escafandra y la mariposa* (llevada al cine en 2007 por Julian Schnabel); el libro *Alguien voló sobre el nido del cuco*, de Ken Kesey, (que inspiró la película de Milos Forman en 1975) sobre la vida en un psiquiátrico; los interesantes libros de Oliver Sacks que recogen casos neurológicos desde una vertiente narrativa, entre otros, *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*, *Veo una voz*, *Un antropólogo en Marte* o *Despertares* (dirigida en su adaptación al cine por Penny Marshall en 1990); la obra de John Irving *Príncipes de Maine*, *Reyes de Nueva Inglaterra* sobre el aborto (también llevada al cine por Lasse Hallstrom en

reflexiones de gran valor didáctico sobre el ejercicio de la profesión, los cambios en la relación clínica, las representaciones sociales de distintas enfermedades, y la manera individual y colectiva de afrontarlas. Todo ello lo ha ido elaborando paulatinamente el cine a través de sus impactantes imágenes, y es a través de esta forma del arte como las distintas culturas establecen sus propios significados simbólicos.

Es frecuente el uso del cine en el ámbito de la psiquiatría⁵⁴. Incluso para la formación clínica, puesto que algunas patologías son difíciles de aprender en la práctica (por su escasa incidencia o por la aparición brusca, aguda y breve de algunos brotes). A través de las escenas se pueden explicar algunos rasgos clínicos de las enfermedades, así como observar el distinto modo de afrontar la enfermedad y el sufrimiento que genera la estigmatización de las enfermedades mentales. Siguiendo al Profesor Joaquín Ingelmo⁵⁵, se puede afirmar que son tres las cuestiones de mayor interés. En primer lugar, permite ejemplificar los diferentes cuadros clínicos de una forma muy gráfica y difícilmente olvidable. En segundo lugar, muestra que la locura es la

1999 como *Las normas de la casa de la sidra*); el relato de Albert Camus sobre una epidemia en *La peste* (del que existe una versión cinematográfica de 1992 de Mario Puenzo); la vida en reclusión en un sanatorio para tuberculosos de *La montaña mágica*, de Thomas Mann; el ejercicio de la profesión en un entorno rural en *Un hombre afortunado*, de John Berger. Como vemos, muchas de estas novelas se han llevado al cine, y es llamativo que siempre el texto escrito precede a la imagen, probablemente por la enorme capacidad de seducción de la narrativa visual. Pero es también frecuente que tras el estreno de una película de éxito se reedite con buena acogida el texto en que se inspiró.

En la literatura española actual son destacables algunos títulos. *Te lo contaré en un viaje*, de Carlos Garrido es una conmovedora reflexión sobre la atención médica en el final de la vida. En *Instrucciones para salvar el mundo*, de Rosa Montero, se retrata con gran precisión el síndrome de desgaste profesional y las dificultades en la relación con los pacientes por las que atraviesan muchos médicos. *Monte Sinaí*, de José Luís Sampedro, ofrece el relato de primera mano del internamiento del autor en un hospital, sus miedos, esperanzas, confianzas, y una lúcida reflexión sobre la posibilidad de la muerte propia.

Otros textos reflexionan sobre la propia actividad clínica. *Complicaciones*, escrito por el cirujano Atul Gawande pone de manifiesto algunas ambigüedades de la ciencia médica. Jerome Groopman, doctor en medicina, reflexiona sobre el modo de pensar de los médicos, el manejo de la incertidumbre, las dificultades de la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas, y las posibles causas de los errores médicos, en su sincero y atrevido libro *¿Me está escuchando, doctor? Un viaje por la mente de los médicos* (desafortunada traducción del título original *How doctors think*)

⁵⁴ Es muy interesante la aportación de José Luís Sánchez Noriega, que en su *Diccionario temático del cine*. Madrid: Cátedra; 2004, recoge 124 títulos de películas relacionadas con el tema en su entrada Psiquiatría y psicología.

⁵⁵ Se puede consultar la aportación completa del Profesor Joaquín Ingelmo, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Extremadura, en el Apéndice 2 *Cuestionarios y programas de asignaturas de Cine y Medicina*.

consecuencia de las relaciones interpersonales habidas en el seno de una determinada familia y no sólo el efecto de un supuesto determinismo genético. Y, por último, ilustra los significados simbólicos de la locura y del loco en nuestra sociedad actual. En este sentido, resulta interesante mostrar películas de diferentes épocas del cine para poder observar los posibles cambios, tanto diagnósticos o terapéuticos como en la valoración social de los enfermos.

En el ámbito más concreto de la formación en bioética, se han encontrado experiencias tanto en asignaturas troncales u obligatorias como en otras de libre configuración, pero ninguna de ellas se decantaba en exclusiva por el cine. Es obvio que algunas de las asignaturas de libre configuración sobre Cine y Medicina tratan aspectos de bioética, pero no hay ninguna específica que se refiera al cine y la bioética asistencial, y aún menos al cine del final de la vida o los cuidados paliativos.

Analizando las respuestas recibidas de los profesores de ética o bioética que declaran utilizar el cine como herramienta docente, resultan destacables las siguientes ideas clave.

Razones para el uso del cine en el aula. Objetivos.

Las principales razones para plantearse el uso del cine en el aula de bioética se deben a su capacidad para despertar interés y fomentar la reflexión colectiva, el debate y la deliberación. Se reconoce la riqueza del lenguaje cinematográfico y su proximidad al alumno, más habituado actualmente a ver cine que a la lectura de obras literarias. Los objetivos docentes que se persiguen guardan relación con esa mágica capacidad de sacar al alumno del pensamiento racional, abstracto y general y sumergirlo en un mundo que se rige por coordenadas emocionales, concretas y prácticas. A través de las imágenes los alumnos consiguen identificar cuestiones éticas ligadas a hechos relativos a una persona tangible, dependiente de sus circunstancias y opciones vitales. Parece así más sencillo proponer alternativas adaptadas al caso, y evaluar con mayor precisión las repercusiones de las elecciones morales.

El cine posibilita a su vez un análisis crítico sobre las habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios. Esta una de las competencias esenciales más olvidada en los planes de estudio en Medicina. No parece muy prudente ni sensato este olvido, dado que esta es la herramienta de trabajo que utilizarán todos los médicos en cada uno de los encuentros con sus pacientes. Si la imagen presentada en el cine ha de ser tomada en cuenta, puede afirmarse que hay muchos elementos que mejorar.

Temas tratados con el cine.

Son muchos los tópicos que el cine aborda con sensibilidad y acierto, y que se consideran adecuados para la formación en bioética en el aula. En un plano genérico, la compleja y cambiante relación médico-paciente, las relaciones entre profesionales, y las actitudes y valores profesionales. En un plano más clínico asistencial, tanto el inicio como el final de la vida han sido tratados profusamente en el cine. Se incluyen temas relativos a la investigación y la industria farmacéutica y otros de corte ecológico (cambio climático, derechos de los animales).

Metodología utilizada.

Predomina en los docentes el uso del cine-forum, sobre todo en pregrado. Se prefiere la visualización colectiva de la película, puesto que añade riqueza al análisis, al igual que sucede con la deliberación. El uso de las nuevas tecnologías permite que algunos docentes puedan ofrecer las películas on-line, de tal modo que el tiempo en el aula se optimiza en la discusión.

El cine-forum, como todas las actividades docentes en el aula, necesita una planificación y preparación anterior a su realización. Es necesario elaborar la ficha técnica de la película, así como una introducción a la misma, guiones y pautas de observación para el docente y los alumnos, preguntas previas a la película, trabajos de documentación o reflexión posterior, transcripción de diálogos, etc, todo ello en función de los objetivos pedagógicos. Una muy buena referencia es el trabajo de Almendro, Suberviola y Costa *Metodología de*

utilización de cine-fórum como recurso docente en bioética y el libro de González Martel *El cine en el universo de la ética. El cine-forum*. Para la elaboración de una ficha docente es muy adecuada la propuesta de Ortega Belmonte en *Aprendiendo con el cine: un instrumento puente entre la realidad y las ideas en el proceso de morir*.

Es necesario entender el uso del cine como algo más allá del entretenimiento, incluso más allá de ilustrar con un ejemplo un tema tratado de forma teórica. El docente debe mostrar una auténtica voluntad de producir algún tipo de aprendizaje⁵⁶.

También se sugiere la utilización de películas o escenas para hacer estudio de casos, con un formato de análisis similar al tradicional, pero con una mayor cantidad de matices. Los problemas que parecen teóricos por la poca experiencia clínica de los estudiantes, se hacen reales en la pantalla.

Antes o después del visionado del material elegido, el trabajo en el aula se complementa con el paso de lo particular a lo general, aportando la fundamentación teórica necesaria para la enseñanza de la bioética.

Evaluación de las experiencias.

La evaluación es quizá el aspecto menos desarrollado de este tipo de tareas (aunque tampoco se han evaluado específicamente otras actividades docentes clásicas como el estudio de casos o las clases magistrales). En lo que existe unanimidad es en que la evaluación subjetiva de la satisfacción de los alumnos cuando se les presenta el cine en el aula es muy alta, señalando ellos mismos las fortalezas docentes.

⁵⁶ Así lo señalan GL Cappelletti, M^aJG Sabelli y MA Tenutto en *¿Se puede enseñar mejor? Acerca de la relación ente el cine y la enseñanza*. Rev Med Cine 2007;3(3):87-91.

Dificultades y puntos débiles.

La capacidad de retener en la memoria algunos datos, procedimientos o argumentos aparenta ser mayor a través del cine. Por este motivo, si la película contiene imprecisiones o incorrecciones (lo cual no es infrecuente, dado que su objetivo no es pedagógico) es muy importante señalarlas y aclararlas.

Las dificultades técnicas y logísticas (disponer de películas, de un aula adecuada, y de los medios necesarios para su proyección y audición) son dificultades a las que es preciso anticiparse. Preparar material alternativo es una medida muy prudente, porque los fallos son posibles y probables.

Quedan por resolver algunas cuestiones legales sobre los derechos de autor, aunque la ley de propiedad intelectual⁵⁷ deja abierta la puerta a la utilización de escenas, siempre que se respeten los límites de la formación reglada y se hagan explícitas las fuentes y promotores del material utilizado.

Se apunta por los docentes la necesidad de mejorar los conocimientos de narrativa audiovisual para sacar mayor provecho de la actividad. Por citar algunos ejemplos, para el análisis fílmico que debe realizar el docente al elegir la película son muy útiles las indicaciones de Menéndez y Medina en *Cine, historia y medicina. Seminario de la asignatura de Historia de la Medicina*. También lo son los textos de Vanote y Goliot-Lete *Principios de análisis cinematográfico*, de Casetti y di Chio *Cómo analizar un film*, así como los textos

⁵⁷ Ley 23/2006, de 7 de Julio, por la que se modifica el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1996, de 12 de Abril. El punto siete dice textualmente: El artículo 32 queda redactado del siguiente modo: «Artículo 32. *Cita e ilustración de la enseñanza*. 1. Es lícita la inclusión en una obra propia de fragmentos de otras ajenas de naturaleza escrita, sonora o audiovisual, así como la de obras aisladas de carácter plástico o fotográfico figurativo, siempre que se trate de obras ya divulgadas y su inclusión se realice a título de cita o para su análisis, comentario o juicio crítico. Tal utilización sólo podrá realizarse con fines docentes o de investigación, en la medida justificada por el fin de esa incorporación e indicando la fuente y el nombre del autor de la obra utilizada. 2. No necesitará autorización del autor el profesorado de la educación reglada para realizar actos de reproducción, distribución y comunicación pública de pequeños fragmentos de obras o de obras aisladas de carácter plástico o fotográfico figurativo, excluidos los libros de texto y los manuales universitarios, cuando tales actos se hagan únicamente para la ilustración de sus actividades educativas en las aulas, en la medida justificada por la finalidad no comercial perseguida, siempre que se trate de obras ya divulgadas y, salvo en los casos en que resulte imposible, se incluyan el nombre del autor y la fuente.

recogidos por González Requena en *El análisis cinematográfico. Modelos teóricos. Metodologías. Ejercicios de análisis*.

La práctica clínica moviliza importantes emociones en los profesionales, sin que estos hayan recibido una formación específica previa. El cine persigue y consigue un alto impacto afectivo. Puede que esta sea la única oportunidad de reconocer, nombrar y normalizar las emociones que genera el acto médico, y reflexionar colectivamente sobre lo sentido. El entorno seguro del aula es perfecto para esta educación sentimental, que persigue una adecuada contención de las emociones propias, el desarrollo de estrategias adaptativas, así como una mejor evaluación y valoración de las respuestas emocionales de los pacientes.

5.3. LA MUERTE EN EL CINE ESPAÑOL.

¿Qué tiene de seductora la muerte para el cine? ¿Cuándo y por qué la muerte y la enfermedad resultan atractivas y rentables para el séptimo arte? ¿Se puede decir que hay un cine del final de la vida?⁵⁸ La presencia de la muerte en el cine ¿es una necesidad, una oportunidad, un imperativo, una terapia colectiva...? ¿Puede (o debe) el cine aportar algo a la reflexión social sobre la muerte? Si existe tal aportación, ¿es previa o posterior a la construcción social de la realidad? Estos son algunos de los interrogantes que inevitablemente surgen tras revisar las películas cuyo argumento transita por los territorios del final de la vida⁵⁹.

Como se ha visto, la muerte y la vivencia de la enfermedad siempre han sido temas atrayentes para el cine. En el comienzo del siglo XXI varias películas españolas han abordado el final de la vida con sensibilidad y valentía, y es llamativo que en 2004 y 2005 tres películas que hablan de la muerte y sus alrededores hayan sido galardonadas con los premios “Oscar”: *Las invasiones bárbaras*, *Mar Adentro*, y *Million Dollar Baby*.

El cine actual ha explorado la dependencia, la incapacidad y la vulnerabilidad del ser humano, ese *ser para la muerte*, en un contexto de medicina tecnológica y creciente complejidad moral. Ha aportado elementos para la reflexión y algunas preguntas que la sociedad deberá responder. Es difícil evaluar el impacto social que tiene la presentación en la gran pantalla de estas historias, pero de alguna manera contribuyen al imaginario social sobre la muerte que se construye en la actualidad. El cine facilita visualizar las circunstancias personales y el contexto, los valores, creencias, afectos, pasiones y deseos de personajes con los que el espectador puede identificarse, y este es su principal valor añadido. Catalizador de sentimientos, se erige en el mediador emocional de nuestro tiempo⁶⁰.

⁵⁸ Algunas publicaciones recientes parecen apoyar esta idea. Véase: Rivaya B, García Manrique R, Méndez Baiges V. *Eutanasia y cine*. Valencia: Tirant lo Blanch; 2008, y Monge MA. *Sin miedo. Cómo afrontar la enfermedad y el final de la vida*. Pamplona: EUNSA; 2007.

⁵⁹ Es extensa la lista de películas relacionadas con el tema que recoge José Luís Sánchez Noriega en su *Diccionario temático del cine*. Madrid: Cátedra; 2004, en las entradas: Enfermedades, Médicos, Muerte.

⁶⁰ Así lo reconocen Astudillo y Mendiñeta en *El cine como instrumento para una mejor comprensión humana*. Rev Med Cine 2008;4(3):131-136.

En las películas analizadas es llamativo que las peticiones de ayudar a salir de la vida no se hacen a profesionales sanitarios, sino a personas cercanas, queridas, emocionalmente significativas, que acceden por amor o compasión con un evidente dolor moral. Esta ausencia da que pensar. Puede esto reflejar que las profesiones sanitarias no responden positivamente a estas peticiones, o que no se les considera como los posibles destinatarios de las mismas. Este hecho parece sugerir que el debate social sobre la ayuda a morir no tiene necesariamente que estar presidido ni monopolizado por los profesionales sanitarios. Este es un punto clave para abrir el debate de la eutanasia y suicidio asistido a los actores sociales que indiscutiblemente lo protagonizan: los pacientes y sus allegados.

Es también relevante el silencio que acompaña a las escenas en las que una persona que prefiere morir a seguir viviendo, solicita ayuda a alguien querido. El impacto emocional de ese silencio, de ese momento de intimidad y máxima complicidad vital, es mucho más elocuente que cualquier palabra que pudiera ser dicha. Y es igualmente evidente el dolor moral y la dificultad que entraña para las personas queridas cumplir estas peticiones⁶¹.

El cine español no es el único que se ocupa de la muerte. Varias son las películas extranjeras estrenadas en el mismo periodo (años 2001-2008) con una similar temática argumental. Sin ánimo de acotarlas completamente, estas son algunas de ellas: *Amar la vida* (*Wit*, Mike Nichols, 2001), *La habitación del hijo* (*La stanza del figlio*, Nanni Moretti, 2001), *Su hermano* (*Son frère*, Patrice Chéreau, 2002), *Las horas* (*The hours*, Stephen Daldry, 2002), *Wilbur se quiere suicidar* (*Wilbur begår selvmord*, Lone Scherfig, 2002), *Las invasiones bárbaras* (*Les invasions barbares*, Denys Arcand, 2003), *Million Dollar Baby* (Clint Eastwood, 2004), *El tiempo que queda* (*Le temps qui reste*, François Ozon, 2005), *La suerte de Emma* (*Emma's Glück*, Sven Taddicken, 2006), *Ahora o nunca* (*The Bucket List*, Rob Reiner, 2007), *La escafandra y la mariposa* (*Le scaphandre et le papillon*, Julian Schnabel, 2007), *La familia Savages* (*The Savages*, Tamara Jenkins, 2007), *La vida sin Grace* (*Grace is gone*, James C Strouse, 2007), *Caos calmo* (Antonio Luigi Grimaldi, 2008), *Dejad de quererme* (*Deux jours à tuer*, Jean Becker, 2008).

⁶¹ Es evidente en las siguientes escenas: *Las invasiones bárbaras* (1:20:25 - 1:27:50), *Million Dollar Baby* (1:52:20 - 1:55:25 y 2:02:35 - 2:05:50), *La suerte de Emma* (1:26:09 - 1:30:45).

Todas estas películas, así como las españolas analizadas anteriormente, representan algunas posibilidades del morir en la actualidad: la eutanasia, el suicidio (médicamente asistido, o bien la ayuda a morir), el duelo por la muerte de una persona significativa emocionalmente, o la muerte natural que responde a algún tipo de enfermedad.

La eutanasia no está presente en el cine español de este siglo, por más que se haya calificado con este término en multitud de ocasiones el caso de Ramón Sampedro, presentado por Alejandro Amenábar en *Mar adentro*, bien por desconocimiento o bien para crear una deliberada confusión terminológica. Su historia es la de la petición de ayuda para morir, en concreto un suicidio no médicamente asistido ya que no fue ningún profesional sanitario quien le ayudó. La película de Amenábar, el séptimo largometraje del cine español con mayor número de espectadores en salas comerciales, supuso una reactivación del debate social, aún no resuelto, sobre las posibilidades de la muerte en el siglo XXI⁶². *Las invasiones bárbaras* y *Million Dollar Baby* sí presentan casos de eutanasia. En la primera, un enfermo en situación terminal pide a su familia y amigos que le administren una inyección letal, a lo que ellos acceden. En la segunda, la protagonista sufre igual que Ramón Sampedro una lesión medular aguda que la deja tetrapléjica y dependiente de un respirador, y solicita a su entrenador que le ayude a morir, y éste lo hace a pesar de sus convicciones religiosas. Se mezclan en esta muerte el rechazo de un tratamiento de soporte vital al desconectar el respirador y la eutanasia, puesto que el entrenador le inyecta una dosis letal de adrenalina con la intención de terminar con su vida. Precisamente estas escenas pueden ser utilizadas como recurso docente para esclarecer la confusión terminológica que aún impera en el debate en España.

El suicidio es un tema difícil de tratar al ser aún mayor el tabú que le rodea. Aunque son muchas las personas que cada año abandonan la vida voluntariamente sin solicitar ayuda (ni para ejecutar su plan ni para abordar el sufrimiento existencial que fundamenta su intención) son pocos los espacios (sanitarios, políticos, mediáticos...) en los que se habla de este problema. Se

⁶² Se dio el caso de que incluso los “expertos” en la materia cruzaron sus valoraciones de la película en la prensa no especializada. Un buen ejemplo de ello es el artículo publicado el 16/11/2004 en El País por Víctor Méndez Baiges *Mar adentro y tierra de por medio*, crítica contestación al de Pablo Simón *Mar adentro: las otras orillas*, publicado igualmente en El País el 12/10/2004.

centra el discurso en la legitimidad (ética y jurídica) de la petición de la ayuda a morir, pero en la realidad los suicidas anónimos y autónomos son los grandes olvidados de nuestra sociedad. El cine les presta en ocasiones voz (*Hable con ella*, *Tu vida en 65 minutos*, *El club de los suicidas*, *Bajo las estrellas*, *Las horas y Wilbur se quiere suicidar*). Es llamativo que las conductas suicidas se repiten en varios de los personajes. También es señalable que se pueda hacer una película de humor (*El club de los suicidas*) con un tema tan sensible y tan decididamente negado para la sociedad. O quizá por esas mismas razones sea esa la única forma posible de abordarlo.

El duelo por la muerte de un ser querido (*Para que no me olvides*, *Volver*, *La soledad*, *La torre de Suso*, *La habitación del hijo*, *La vida sin Grace*, *Caos calmo*) o el duelo anticipado por la propia muerte (*Mi vida sin mí*, *Su hermano*, *El tiempo que queda*, *Ahora o nunca*, *Dejad de quererme*) son dos de los mayores estresores emocionales a los que puede enfrentarse el ser humano. El cine ha presentado con frecuencia el drama personal y familiar que generan estas pérdidas y que es aún mayor si se trata de niños o jóvenes o si la muerte es por suicidio. La unión de la familia es un elemento esencial para afrontar la desesperación y el dolor total de la pérdida; por el contrario, la imposibilidad de asumirla sin culpabilizar al otro puede desembocar en una ruptura definitiva y en un daño moral difícilmente reparable.

La participación en la planificación de los cuidados de los pacientes que saben que morirán pronto está muy poco representada en nuestro cine. Un ejemplo sería la toma de decisiones de la protagonista de *Mi vida sin mí*, que el médico respeta desde la autonomía que reconoce a la paciente. Parece existir una tendencia a cerrar la vida con actuaciones concretas, y en este sentido algunas películas muestran la necesidad de los pacientes de elaborar listas que recojan algunas cosas que querrían hacer antes de morir (*Mi vida sin mí*, *Ahora o nunca*)⁶³. El cine muestra también la opción de algunos pacientes de negarse a compartir la información con sus familiares para evitarles sufrimientos innecesarios⁶⁴ (*Mi vida sin mí*, *El tiempo que queda*, *Dejad de quererme*), siendo esta una opción respetable desde el punto de vista de la autonomía

⁶³ También presente en la literatura. Ejemplos recientes de ello son las novelas: *Antes de morirme* (de Jenny Downham. Barcelona: Salamandra; 2009) y *Esto no es justo* (de Sally Nicholls. Barcelona: Urano; 2009).

⁶⁴ En una suerte de “conspiración de silencio” invertida.

pero que puede resultar incómoda a los profesionales, acostumbrados (al menos en nuestro medio) a una relación triangular: paciente, familia y profesional.

Encontramos alguna otra referencia de planificación anticipada de la asistencia sanitaria en *La familia Savages*, en una escena en que son los hijos los que, con más voluntad que acierto, preguntan al padre sobre sus deseos respecto a algunos cuidados o decisiones futuras⁶⁵. En *Amar la vida* esta tarea la realiza la enfermera en una escena intimista y muy emotiva en la que se pone sobre la mesa la posibilidad de no ser reanimada cuando llegue la muerte⁶⁶. Tampoco el cine muestra documentos de instrucciones previas, salvo en *Las alas de la vida*⁶⁷, posiblemente porque esta cultura todavía no ha calado suficientemente en nuestra sociedad⁶⁸.

La muerte natural que responde a una enfermedad ha sido tratada en muchas de las películas analizadas (*En la ciudad sin límites*, *Las alas de la vida*, *Bajo las estrellas*, *Camino*, *Amar la vida*, *La escafandra y la mariposa*, *La familia Savages*). Es particularmente destacable la obra de teatro adaptada para televisión *Amar la vida* (*Wit*) por un doble interés: su argumento y la potencialidad de uso docente. En ella se narran los últimos meses de vida en el hospital de una profesora universitaria con un cáncer en situación terminal, cómo su situación es instrumentalizada en interés de un ensayo clínico, y cómo será una enfermera la única defensora de la paciente. Sólo ella es capaz de establecer una relación empática y compasiva, y hará que se respeten los deseos de la protagonista de no sufrir encarnizamiento terapéutico en la agonía. Los estereotipos médicos que muestra esta película recuerdan los de *Planta 4ª*, rodadas ambas en un entorno hospitalario, con un trato frío, distante, tecnificado y poco humanizado, donde parece resultar más interesante el conocimiento de la enfermedad que del enfermo. Algunas escenas muestran una aparente incapacidad de los médicos de empatizar y comprender a sus pacientes, con una forma muy mejorable de dar la información en general.

⁶⁵ *La familia Savages* (0:45:42 – 0:49:32)

⁶⁶ *Amar la vida* (0:57:50 - 1:06:05).

⁶⁷ *Las alas de la vida* (0:28:15 – 0:33:22)

⁶⁸ Cf Santos C, Forn M^aA, Pérez R, Corrales A, Ugarriza L, Sales C. *¿Estamos preparados los médicos de familia para ayudar a nuestros pacientes a hacer el testamento vital?* Rev Calidad Asistencial. 2007;22(5):262-5, y Simón Lorda P, Tamayo Velásquez M^aI, Vázquez Vicente A, Durán Hoyos A, Pena González J, Jiménez Zurita P. *Conocimientos y actitudes de los médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades anticipadas*. Aten Primaria. 2008;40(2):61-68.

Estos tópicos se reflejan particularmente en el modo de dar malas noticias, por ejemplo en el pasillo de la UVI de *Para que no me olvides*. También en *Las invasiones bárbaras*, cuya primer mitad transcurre en un hospital canadiense donde la relación impersonal y la deshumanización de la asistencia se resuelven a golpe de sobornos y tratos de favor, necesarios para llegar a conseguir las dosis de morfina con que paliar el dolor, y la heroína necesaria para que el protagonista pueda salir de la vida con una cierta paz.

A la vista de lo dicho, podríamos afirmar que en los encuentros con los pacientes que nos muestra el cine actual parece existir información, pero no comunicación, si la entendemos como la capacidad para responder de forma compasiva y sensible a las expectativas, ansiedad y miedo de los enfermos. Los lugares en donde se ofrece información suelen ser poco adecuados (pasillos, salas de espera), con sensación de tener poco tiempo disponible y una actitud de huída para prevenir posibles preguntas incómodas. Este estereotipo se repite casi como una constante, con algunas sugerencias de mejora como en *Mi vida sin mí* en la que se encuentran dos soberbias escenas sobre comunicación asistencial ya comentadas en el análisis filmico, y que presentan un interesante potencial docente.

Por todo lo explorado, el cine se presenta como un recurso adecuado no sólo para la bioética, sino para educar los sentimientos morales. La capacidad de empatía visual es extraordinariamente potente, preciosa y delicada si se lleva el cine al aula, más aún el que se acerca a la vulnerabilidad, sufrimiento y fragilidad que acarrearán la enfermedad o la muerte próxima. Queda todavía un largo camino que recorrer para poder expresar con normalidad las emociones que provocan las películas en un aula docente, sin la cómplice oscuridad de una anónima sala de cine.

6. PROPUESTA DE METODOLOGÍA DOCENTE

Una vez presentados y discutidos los resultados, y a la luz de lo expuesto, se desarrolla a continuación una propuesta de metodología docente para descubrir y analizar la bioética del final de la vida a través del cine.

6.1. ¿PARA QUÉ? OBJETIVOS DOCENTES.

Sin duda los objetivos docentes deben ser preparados *ad hoc* para el tema elegido, teniendo en cuenta a quién se dirige la actividad y su duración. Se pueden señalar los siguientes objetivos generales que se persiguen con la utilización del cine en las aulas de bioética.

- Promover la reflexión, ofrecer elementos de análisis y motivar al alumno a que participe en la deliberación ética.
- Aprender a identificar cuestiones éticas ligadas a las historias narradas, delimitando el mundo de los hechos y el de los valores.
- Observar los distintos modos de afrontar la enfermedad, el sufrimiento y la muerte.
- Distinguir entre diferentes actitudes, criterios y alternativas ante un mismo problema.
- Aprender a deliberar sobre las circunstancias que rodean el caso particular.
- Descubrir las repercusiones y consecuencias de las elecciones morales concretas.
- Analizar de forma crítica y abierta los conflictos de forma problemática y no cerrada o dogmática.
- Aprender a identificar y nombrar los valores, emociones y razones de los protagonistas de la narración en su toma de decisiones, así como las reacciones emocionales que suscitan en el alumno.
- Hacer reales los problemas que parecen teóricos.
- Desarrollar habilidades en comunicación y relación asistencial.

6.2. ¿CUÁNDO? PREGRADO, POSGRADO Y MÉDICOS EN EL PERIODO DE RESIDENCIA.

Cualquier momento y espacio formativo puede ser adecuado para aproximar temas de bioética a través del cine. El elemento determinante será la disponibilidad de tiempo y la continuidad de la actividad formativa. En pregrado puede ser más factible encontrar espacios para asignaturas optativas, de libre configuración o seminarios que exploren específicamente las potencialidades del cine y la bioética. Pueden ser suficientes 2 o 3 créditos, repartidos en sesiones semanales de 2 a 3 horas de duración, en las que se puede ver la película y hacer un trabajo posterior. También se puede plantear un trabajo anterior al visionado, examinando el problema y explorando las actitudes previas, con lo que el debate posterior puede ser útil para reflexionar sobre la diferencia entre una posición teórica y otra matizada por una vivencia “real”, aquí sustituida por la cinematográfica. Estas tareas pueden ser llevadas a cabo tanto en el aula como fuera de ella, de forma individual o grupal. Al existir nuevas sesiones programadas, se pueden adelantar los contenidos de la siguiente sesión, así como trabajos de documentación previa del film.

Posibles tareas a realizar por los alumnos:

- redactar una reseña del film: cuándo se rodó, perfil del director, repercusión social (premios, espectadores, polémicas...), breve análisis fílmico...
- búsqueda de otras películas que hayan tratado el mismo tema y destacar semejanzas o diferencias.
- desarrollar el análisis del caso y de los cursos de acción posibles con una búsqueda bibliográfica añadida. El caso puede presentarse con posterioridad al grupo.

En el posgrado, formación de médicos residentes y formación continuada de los profesionales sanitarios, es más difícil encontrar espacios formativos de más de 1 ó 2 créditos. Se pueden organizar sesiones de cine-fórum periódico, abierto a distintas especialidades. También utilizar escenas de cine como casos clínicos o para facilitar el debate en sesiones monográficas, en formatos más reducidos de tiempo.

6.3. ¿CÓMO? PROPUESTA METODOLÓGICA DE UTILIZACIÓN DEL CINE EN LAS AULAS.

En la utilización del cine comercial en las aulas existen varias posibilidades (esquematizadas en la Figura 3), dependiendo fundamentalmente de que la película se vea completa o se seleccionen previamente algunas escenas. Sea cual sea la modalidad elegida, se debe hacer una planificación de la actividad que incluya la redacción de una introducción general de la película, sinopsis y ficha técnica, además de elaborar una ficha didáctica para el docente⁶⁹ y las pautas de observación para el alumno, así como cualquier otro material docente *ad hoc*. En este material el docente debe enfatizar los aspectos esenciales para el tema sobre el que se quiera deliberar. Se pueden entregar por escrito y utilizar como método evaluativo si generan un trabajo posterior del alumno.

⁶⁹ Se puede encontrar un buen ejemplo de cómo elaborar una ficha docente en Ortega Belmonte et al *Aprendiendo con el cine: un instrumento puente entre la realidad y las ideas en el proceso de morir*. Rev Med Cine 2008; 4: 113-121. Para el análisis fílmico son muy útiles las indicaciones de Menéndez y Medina en: *Cine, historia y medicina. Seminario de la asignatura de Historia de la Medicina*. Suplemento de Conecta Boletín de Noticias sobre Historia de la Ciencia, de la Medicina y de la Tecnología nº1

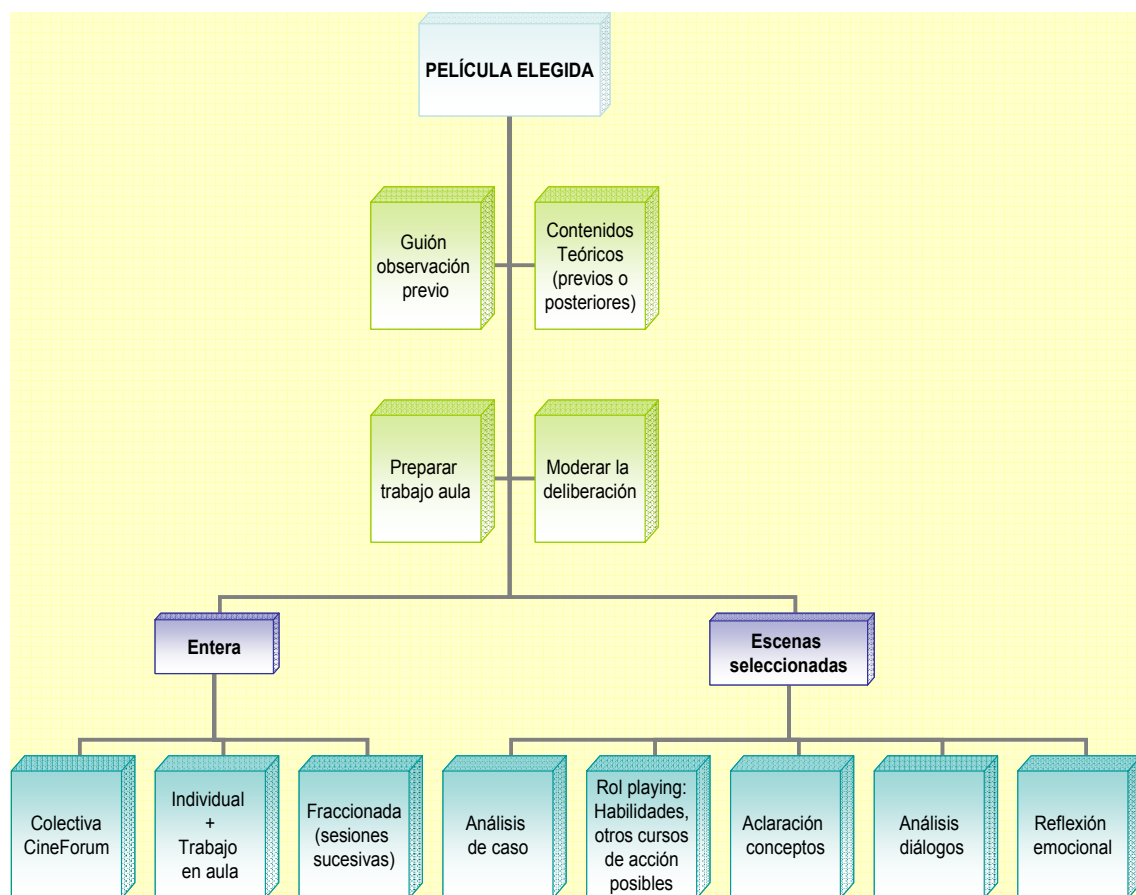


Figura 3. Esquema de utilización del cine en el aula.

- ***Visualización íntegra de la película seleccionada.***

La utilización más frecuente de películas enteras es a través del formato Cine-fórum, habitualmente siguiendo un esquema de visionado colectivo y debate posterior, necesariamente moderado por el docente⁷⁰. En el ámbito universitario se puede partir de un visionado individual previo de los alumnos en casos en los que la limitación del tiempo sea muy importante. Lógicamente se corre el riesgo de que algunos de ellos no hayan visto la película previamente. Se pierde también la frescura de los comentarios, así como el *tempo* grupal de la reflexión compartida.

La visualización íntegra de una película requiere en ocasiones repetir determinadas secuencias clave, sobre las que hacer un trabajo de análisis específico (con un esquema similar al propuesto más adelante para las escenas seleccionadas).

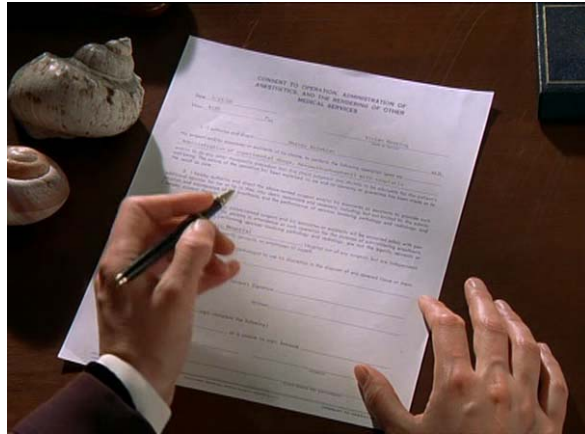
En el caso de disponer de un espacio docente continuado en el tiempo (como en asignaturas o seminarios específicos de Cine y Medicina) se pueden utilizar algunas películas cuyo argumento sanitario recorre toda la cinta, de forma que se visualice entera pero fraccionada en sucesivas sesiones, utilizando en cada una de ellas las secuencias que ilustren el tema a tratar. Un buen ejemplo de ello es la película *Wit*⁷¹, en la que podría utilizarse el siguiente esquema:

⁷⁰ Una muy buena referencia es el trabajo de Almendro, Suberviola y Costa *Metodología de utilización de cine-fórum como recurso docente en bioética*. Tribuna docente on line. 2006;8(3):1-9.

⁷¹ Se incluyen a modo de ejemplo referencias a películas no españolas, puesto que la diversidad de la propuesta no puede cubrirse solamente con las películas analizadas.

Amar la vida (Wit)

Día 1: Consentimiento informado (0:00:00 - 0:04:05), historia clínica, exploración y pruebas diagnósticas (- 0:26:30).



Día 2: Síntomas de la quimioterapia, estancia en el hospital, visita médica (0:30:10 - 0:33:40), ingreso por complicaciones, aislamiento, planteamiento del final (- 0:49:20).



Día 3: Etapa final, trato al paciente, comienza el miedo, planificación de cuidados / ONR (0:57:50 - 1:06:05). (- 1:08:20).



Día 4: Síntomas de los últimos días, tratamiento del dolor, cuidados paliativos y de confort, acompañamiento, reanimación final (1:26:00 - 1:30:30).



- ***Visualización de escenas seleccionadas.***

Cuando las limitaciones de tiempo son importantes es necesario seleccionar fragmentos o escenas de una o varias películas. Esta utilización es frecuente en los cursos de posgrado en los que el docente no dispone de más de 1 ó 2 horas para tratar varios temas, habitualmente sin continuidad temporal.

La selección de escenas resulta útil para facilitar la comprensión de algunos conceptos, hacer patente la complejidad de los hechos y decisiones, mostrar modos alternativos de pensamiento, permitiendo el contraste y confrontación de posturas contrarias pero razonables, y entender que las cosas siempre pueden ser de otra manera.

No todos los participantes captan lo mismo al ver la escena, y esa es una de sus principales riquezas. Tampoco todos los médicos toman las mismas decisiones ante un mismo paciente, y al poner en común las razones de unos y otros se produce un aprendizaje más significativo.

Para seleccionar una escena resulta de gran ayuda tener ciertos conocimientos de lenguaje cinematográfico así como de análisis fílmico, para reconocer los elementos que enfatizan la acción (movimientos de cámara, planos, secuencias..). También son de utilidad los diccionarios temáticos o los buscadores de cine, que permiten una primera selección de títulos por temas. Es imprescindible ver y conocer la película entera, ya que las escenas siempre tendrán que ser puestas en el contexto de la obra completa.

Según la intencionalidad docente, las escenas pueden ser introducidas antes o después de los aspectos teóricos que se quieran trabajar. No hay que olvidar este punto, el momento de universalización, desde el que poder rebatir con argumentos las propuestas de la narrativa analizada, trascendiendo el caso particular.

Las escenas seleccionadas pueden tener las siguientes utilidades docentes:

- **Análisis de casos.** Se enriquece el método clásico al ofrecer la pantalla muchos matices, circunstancias del caso concreto, emociones y valores que no suelen ser explícitos en los casos clásicos “sobre el papel”.

El aceite de la vida (*Lorenzo’s oil*, George Millar, 1992). Esta película está basada en un caso real. Se puede ver entera o seleccionar algunas de las escenas que aportan mayores elementos para el análisis, como la búsqueda de alternativas y la toma de decisiones por parte de los padres, el trato de los médicos, o el deterioro progresivo y sufrimiento del niño.



- **Rol playing para entrenar habilidades** tanto de comunicación como de deliberación o de resolución de conflictos éticos. Después de ver y analizar la escena (destacando tanto lo positivo como lo mejorable) se invita a los alumnos a volver a representarla introduciendo las alternativas y mejoras señaladas. Al tener que escenificarlo se empatiza mejor con la situación concreta del personaje (ya sea como sanitario o como paciente) y se entienden mejor las dificultades de la práctica excelente.

Mi vida sin mí: relación asistencial y malas noticias (0:09:50 - 0:17:10 y 0:54:44 - 0:57:13).



- **Aclaración de conceptos.** En el entorno del final de la vida es general la confusión terminológica entre eutanasia, limitación del esfuerzo terapéutico, suicidio asistido y homicidio por compasión. Estas escenas nos pueden ayudar a poner nombre a situaciones clínicas, aclarando las discrepancias. Algunos ejemplos son:

El laberinto del fauno (Guillermo del Toro, 2006): homicidio por compasión (1:18:00 - 1:20:10).



Las invasiones bárbaras: eutanasia (1:20:25 - 1:27:50).



Million Dollar Baby: eutanasia y limitación del esfuerzo terapéutico (1:52:20 – 1:55:25 y 2:02:35 – 2:05:50).



Mar adentro: suicidio asistido (1:48:30 – 1:52:30).



La suerte de Emma: eutanasia (1:26:09 – 1:30:45).



El paciente inglés (*The english patient*, Anthony Minghella, 1999): eutanasia (2:23:00 – 2:25:00).



- **Análisis de diálogos.** En algunas escenas resulta difícil para los alumnos analizar lo dicho, siendo en ocasiones muy relevante en la toma de decisiones. Por ello puede resultar más fácil para el análisis de la situación aportar la transcripción literal de la escena como material docente de aula.

Mi vida sin mí: relación asistencial y malas noticias (09:50-17:10 y 54:44-57:13).

- **Reflexión emocional.** Las emociones generadas por la película o escena deben analizarse tanto desde el punto de vista de los personajes como el de los alumnos. El espacio docente es un escenario clave para la expresión emocional en un entorno seguro, en el que poder reconocer, nombrar y normalizar las emociones que conlleva el trato con pacientes que van a morir en breve tiempo.

Un ejemplo de ello es una escena de falta de sintonía emocional entre una enfermera y una joven paciente:

Camino: relación no-empática (0:52:31- 0:53:00).



- Otra forma de utilizar el cine es eligiendo un tema central y aportando distintas escenas de diferentes películas que hayan abordado el mismo problema desde **ópticas o posicionamientos diferentes**. Un ejemplo de ello son tres películas que enfocan de forma opuesta la necesidad o conveniencia de informar al paciente de su diagnóstico y pronóstico:

Amarga victoria (*Dark Victory*, Edmund Goulding, 1939), ***Cerezos en flor*** (*Kirschblüten – Hanami*, Doris Dörrie, 2008) y ***Las confesiones del Dr Sachs*** (*La maladie de Sachs*, Michel Deville, 1999). Las dos primeras son muestra de conspiraciones de silencio, y en la última se ofrece información al paciente y la familia para ayudar a la participación en la toma de decisiones.



Algunos **retos y dificultades** posibles y probables que se pueden encontrar en la utilización del cine comercial en el aula:

- Las dificultades técnicas pueden ser limitantes a la hora de plantear la introducción del cine en el aula: incomodidad de los asientos, problemas de iluminación (por exceso o defecto), ausencia de reproductores de sonido (es general en los entornos docentes el uso de proyectores pero muy escaso el que reproduzcan sonido)...
- Encontrar documentales o películas adecuadas. Algunas películas interesantes están fuera de los circuitos comerciales. En ocasiones los formatos no son compatibles con los sistemas de proyección o sonido.
- En ocasiones las historias que se cuentan evocan en los alumnos situaciones personales comprometidas emocionalmente que aún no han resuelto (muerte de familiares, enfermedades, duelos...). El docente habrá de estar preparado para una cierta contención emocional, incluso anticipando (y normalizando) posibles reacciones emocionales. No hay que olvidar que uno de los intereses del cine es emocionar, y uno de los posibles objetivos docentes es descubrir y nombrar las emociones evocadas por la película.
- Es poco frecuente que se sepa “ver” cine. Igual que hay que aprender a leer, es conveniente adquirir cierto conocimiento del lenguaje cinematográfico y algunas claves básicas de narrativa audiovisual, para aprovechar al máximo la potencialidad del cine como mediador emocional⁷².
- La falta de tiempo es mal endémico de las actividades de formación para los profesionales sanitarios. En ese marco general hay que considerar que ver una película entera y comentarla a renglón seguido necesitará un tiempo cercano a las 3 horas. Una escena de 5 minutos puede requerir de 30 minutos de trabajo posterior en el aula.

⁷² En este aspecto destaca por su claridad y concreción el artículo de Menéndez y Medina: *Cine, historia y medicina. Seminario de la asignatura de Historia de la Medicina*. Suplemento de Conecta Boletín de Noticias sobre Historia de la Ciencia, de la Medicina y de la Tecnología nº1.

- La evaluación de este tipo de experiencias y herramientas docentes es controvertida y escasa. Se suelen utilizar encuestas de satisfacción de los alumnos que pueden valorar, entre otros, la adecuación del método a los objetivos⁷³, la utilidad para el trabajo habitual, una evaluación del impacto y aprendizaje emocional del alumno, y el interés despertado por los temas y casos planteados⁷⁴. También se emplean las memorias o trabajos individuales o grupales, que suelen estar más centrados en los contenidos y adquisición de conocimientos concretos.

Para minimizar algunas de estas dificultades se propone una relación de precauciones para el docente interesado en utilizar cine en el aula (Tabla 5).

⁷³ Ver: Ciuffolini MB, Didoni M, Jure H, Piñero A. *Cine y literatura como elementos para la mediación pedagógica: una experiencia desde la medicina familiar*.

⁷⁴ Se reproduce a continuación un significativo texto de la evaluación (publicada en la wiki) por parte de un alumno de la asignatura Cine y Medicina, de la Universidad de Sevilla: *...esta asignatura ha demostrado que hay otra forma de hacer las cosas. Yo no puedo visitar todos los rincones del mundo, no puedo conocer a todas las personas que lo pueblan, no puedo dejarme impregnar de todas sus peculiaridades, no obstante, como alguien dijo una vez, la única forma que tengo de viajar sin barreras es a través de la literatura, y yo añado que también a través del cine... Seremos médicos, no simples máquinas que contestan preguntas de respuestas múltiples en virtud de una serie de nombres, dosis y frecuencias sinsentido que yacen estáticas en la mente de muchos de nosotros. Más les valdría a buena parte de los estudiantes de Medicina que ese dios vengativo y cruel los convirtiera en las estatuas de sal que parecen ser delante de libros inhumanos ya que, no nos engañemos, los diagnósticos, etiologías y tratamientos de los que hablan carecen de humanidad alguna. Denme unos cuantos datos y una estadística y demostraré cualquier cosa, pero denme un punto de apoyo y moveré el mundo. Si hay alguna asignatura que merezca ser obligatoria es esta, es justo y necesario. El médico humanista está al borde de la extinción, agoniza, pero la resurrección es un arquetipo mediterráneo ancestral del que tal vez podamos echar mano para evitarlo. Muchas gracias a todos los que han hecho posible esta asignatura, en parte un grito en el desierto y sin embargo también una exhortación casi milagrosa. Esto es lo que hay que hacer, abofetear a esos Lázaros exangües con otra visión del mundo y decirles aquello de "surge et ambula".*

Tabla 5. Lista de comprobación de precauciones para el uso del cine con fines docentes.

Lista de comprobación - Guía del docente
<ul style="list-style-type: none"> • Vuelva a ver la película entera si hace tiempo que no la ha visto. Vuelva a ver la escena que piensa utilizar y repase sus notas.
<ul style="list-style-type: none"> • Señale el <i>minutaje de la escena</i> o corte los fragmentos seleccionados.
<ul style="list-style-type: none"> • Prepare y repase la introducción, sinopsis y ficha técnica del film.
<ul style="list-style-type: none"> • Actualice el guión de observación y entréguelo antes de poner la película.
<ul style="list-style-type: none"> • Prepare la transcripción de diálogos si los va a utilizar.
<ul style="list-style-type: none"> • Anticipe posibles situaciones no resueltas emocionalmente por los alumnos, permita salir del aula si alguno se siente incómodo.
<ul style="list-style-type: none"> • Aclare las normas antes de iniciar la proyección.
<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna precaución técnica es superflua: revise el aula, el audio y las lámparas del equipo de proyección antes de la sesión.
<ul style="list-style-type: none"> • Nunca está de más tener preparada una actividad alternativa (por ejemplo literaria) por si falla la tecnología.
<ul style="list-style-type: none"> • Controle el tiempo del debate; modere las intervenciones (aclarando, matizando, devolviendo al grupo...). Intente la participación de todos y conjure a los alumnos manipuladores o monopolizadores.
<ul style="list-style-type: none"> • Realice un guión personal que recoja los temas o aspectos que le interesan destacar y que determinaron la elección de la película/escena; prepare la posibilidad de ofrecer una discusión a dos bandas para provocar y/o animar el debate.
<ul style="list-style-type: none"> • Solicite a los alumnos títulos de películas o novelas conocidas por ellos que crean adecuadas para el tema tratado.

7. CONCLUSIONES

1.- Nuestra sociedad se enfrenta en los albores del siglo XXI a importantes retos éticos generados por los nuevos modos de morir. Para los profesionales de la salud no sólo será necesario mejorar sus conocimientos, habilidades y actitudes para una óptima resolución de estos conflictos, sino que tendrán que desarrollar otras competencias necesarias para ello, como son las comunicacionales, emocionales y narrativas. Se trata de tender un puente entre los saberes técnicos, que utilizan una racionalidad lógica para explicar los hechos clínicos, y la dimensión ética, humana y social de la profesión médica, que necesita una racionalidad fundamentalmente narrativa para comprender las historias que los pacientes cuentan.

2.- La enseñanza de competencias en bioética en los planes de estudio de Medicina en España es irregular y desigual, pero en todas las Facultades está presente en mayor o menor grado. Se trata generalmente de asignaturas optativas o de libre configuración. El panorama no parece homogeneizarse con la reforma propuesta por el Espacio Europeo de Educación Superior.

Los programas de formación de especialistas (MIR) han ido introduciendo competencias éticas, manteniendo la disparidad del pregrado. Sería deseable saber si esta formación se da de forma efectiva, y con qué metodología y contenidos docentes. En el marco señalado de nuevas necesidades de aptitudes para el desarrollo excelente de la profesión médica, es llamativa la escasez de referencias a habilidades de comunicación y relación clínica, tanto en el pregrado como en el periodo de especialización, siendo como es ésta una destreza imprescindible para el ejercicio médico.

3.- Las emociones han adquirido una relevancia manifiesta en la actual reflexión moral, movilizando creencias y opiniones y facilitando la comprensión racional y afectiva de las experiencias ajenas. El camino moral a recorrer transita de lo narrado (imagen o palabra) a la emoción, y del sentimiento al juicio crítico. La ética narrativa proporciona unas nuevas coordenadas y herramientas para entender la realidad de los pacientes y sus familias, al interpretar sus propias historias en clave personal, en las que las circunstancias

y el contexto cobran una gran relevancia a la hora de tomar decisiones. Los escenarios del final de la vida son susceptibles a esa aproximación narrativa dado su alto impacto emocional y su difícil manejo en situaciones reales. En concreto, el cine se presenta como una posibilidad de acercamiento a una realidad, la de la muerte, temida y escondida en nuestra sociedad actual.

4.- Dentro de las herramientas narrativas habituales, el cine se considera un instrumento clave en la educación emocional en nuestro tiempo. Las imágenes interpelan al espectador de forma directa, inmediata y con un gran poder de provocar reacciones empáticas al poseer una gran impresión de realidad, mayor que los textos literarios. El cine en el aula permite al alumno ver el sufrimiento que generan la enfermedad y la muerte próxima, con una cierta distancia afectiva, a la vez que puede implicarse al empatizar con lo visto y oído. Tiene un efecto facilitador en la comprensión de la complejidad de los distintos escenarios asistenciales. El entorno académico es más seguro que el de la clínica y permite al alumno reconocer y nombrar sus propias emociones y encontrar respuestas adaptativas frente a ellas. Ofrece además un espacio de reflexión ética sosegada, sin la urgencia propia de la práctica clínica real, en el que adquirir y desarrollar habilidades esenciales de resolución de conflictos éticos o de comunicación.

5.- El cine como recurso docente es útil por varias razones, al menos estas: permite conocer realidades poco frecuentes y distintas a la propia, ofrece elementos de análisis crítico no necesariamente logocéntricos y se aproxima a los conflictos de forma problemática y no cerrada o dogmática. Se puede considerar al cine como un “laboratorio moral”, de deliberación y desarrollo prudencial.

6.- Entre las distintas metodologías docentes disponibles, la utilizada con mayor frecuencia para acercar el cine al aula es el formato “cine-fórum”. Se sigue habitualmente un esquema de visionado colectivo y debate posterior, moderado por el docente. Se señalan dificultades técnicas (disposición de aulas y tecnología adecuadas) como una importante limitación para su uso. La escasez de tiempo determina la elección y utilización de fragmentos o escenas significativas que enfatizen o aclaren conceptos, y que pueden ser utilizadas como punto de partida para mejorar habilidades de comunicación y de resolución de conflictos. Además de la preparación del guión de observación, el docente debe estar preparado para realizar una adecuada contención emocional, al ser posible que los alumnos revivan con la proyección historias personales no resueltas.

7.- El uso del cine en las aulas universitarias es muy bien valorado por los alumnos, que reconocen aspectos éticos, emocionales y/o relacionales que no están presentes en los libros de texto clásicos ni en los currícula oficiales. Sería recomendable fomentar la utilización de las nuevas tecnologías (foros, wikis) para extender y compartir este tipo de experiencias docentes.

8.- En cuanto al cine español del siglo XXI y su relación con el final de la vida, es destacable que ninguna película española ha tratado específicamente el tema de la eutanasia, por más que se haya querido incluir en este término a *Mar adentro*. Sí ha reflejado tanto el suicidio (asistido o no) como el duelo, anticipado por el conocimiento de la propia muerte cercana o por la desaparición de personas relevantes y queridas. Los rituales de la muerte aparecen en un contexto rural, natural y tranquilizador.

9.- En las películas que tratan la ayuda a morir, resulta llamativo que estas peticiones no se hacen a profesionales sanitarios, sino a personas cercanas, emocionalmente significativas, que acceden por amor o compasión y expresan un evidente dolor moral en la ejecución de la ayuda. La ausencia de los profesionales da que pensar acerca de la necesidad y oportunidad de abrir el debate sobre la legitimidad de la ayuda a morir a otros actores sociales más allá de los sanitarios.

10.- Por último se propone una metodología docente para la utilización del cine comercial en el aula para tratar los aspectos éticos, relacionales, emocionales y narrativos implicados en la atención al final de la vida. Con esta propuesta se pretende facilitar el trabajo previo de planificación docente, así como el perfeccionamiento de herramientas de evaluación. Esta es una interesante línea de investigación-acción, a desarrollar mediante una aplicación docente reflexiva tanto en cursos como talleres, en pregrado y formación especializada de los médicos.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Alexander M, Lenahan P, Pavlov A, editores. Cinemeducation, a comprehensive guide to using film in medical education. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.
2. Alexander M, Pavlov A, Lenahan P. Lights, camera, action: using film to teach the ACGME competencies. Fam Med. 2007;39(1):20-3.
3. Almacellas M^aA. Educar con el cine. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias; 2004.
4. Almendro Padilla C, Suberviola Collados V, Costa Alcaraz AM. Metodología de utilización de cine-forum como recurso docente en bioética. Tribuna docente on line. 2006;8(3):1-9. Disponible en: http://www.tribunadocente.net/imagenes/publicaciones/5_Experiencias.pdf (visita 29/07/2009).
5. Almendro Padilla C, Costa Alcaraz AM, Suberviola Collados V. Propuesta para el desarrollo docente del área de bioética del programa de la especialidad de MFyC 2005. Tribuna docente on line. 2006;8(6):1-7. Disponible en: <http://www.tribunadocente.net/imagenes/publicaciones/0806posgrado.pdf> (visita 29/07/2009).
6. Ariès P. El hombre ante la muerte. Madrid: Taurus; 1999.
7. Ariès P. Historia de la muerte en Occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días. Barcelona: Ed El Acantilado; 2000.
8. Arranz P, Barbero JJ, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. Barcelona: Ed Ariel Ciencias Médicas; 2003.
9. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Recomendación 1418/1999. Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos. Adoptada el 25 de junio de 1999. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/acoerec99-1418.html> (visita 26/07/2009).
10. Astudillo Alarcón W, Mendiñeta Aguirre C. El cine como instrumento para una mejor comprensión humana. Rev Med Cine. 2008;4(3):131-136. Disponible en: http://campus.usal.es/~revistamedicinacine/Vol_4/4.3/esp.pdf/instumento.pdf (visita 24/07/2009).

11. Astudillo Alarcón W, Mendiñeta Aguirre C. El cine en la docencia de la medicina: cuidados paliativos y bioética. Rev Med Cine. 2007;3(1):32-41. Disponible en: http://www.usal.es/~revistamedicinacine/Vol_3/3.1/esp.3.1.pdf/c_paliativos.pdf (visita 24/07/2009).
12. Azulay Tapiero A. La sedación terminal. Aspectos éticos. An Med Interna (Madrid). 2003;20(12):645-9.
13. Baños JE. El valor de la literatura en la formación de los estudiantes de medicina. Educ. Méd. 2003;6(2):93-99.
14. Baños JE, Pérez J. Cómo fomentar las competencias transversales en los estudios de Ciencias de la Salud: una propuesta de actividades. Educ. Méd. 2005;8(4):216-225.
15. Baños Díez JE. ¿Cuál debe ser el grosor del escudo? La enseñanza de las sutilezas de la relación médico-paciente mediante obras literarias y películas comerciales. Rev Med Cine. 2007;3(4):159-165. Disponible en: http://campus.usal.es/~revistamedicinacine/Vol_3/3.4/esp.3.4.pdf/escudo.pdf (visita 19/07/2009).
16. Baños Díez JE, Aramburu Beltrán JF, Sentí Capés M. *Biocinema*: la experiencia de emplear películas comerciales con estudiantes de Biología. Rev Med Cine. 2005;1(2):42-46. Disponible en: http://campus.usal.es/~revistamedicinacine/numero%202/esp_2/biocinema_esp.pdf (visita 19/07/2009).
17. Barbado Hernández FJ. Medicina y literatura en la formación del médico residente de medicina interna. An Med Interna (Madrid). 2007;24(4):195-200.
18. Barbero J. Sufrimiento, cuidados paliativos y responsabilidad moral. En: Couceiro A, editora. Ética en cuidados paliativos. Madrid: Triacastela; 2004 (pg 143-159).
19. Barrio IM^a, Simón P, Pascau M^aJ. El papel de la enfermera en la planificación anticipada de las decisiones: más allá de las instrucciones previas o voluntades anticipadas. Enfermería Clínica. 2004;14(4):235-41.
20. Barrio Cantalejo IM^a, Bailón Gómez RM^a, Cámara Medina M^aC, Carmona Cabezas M^aA, Martínez Cruz M^aE, Quesada Lupiáñez P. Validación del cuestionario de preferencias de soporte vital (LSPQ) para su uso en la población española. Aten Primaria. 2008;40(7):345-9.

21. Barrio Cantalejo IM^a, Simón Lorda P. Criterios éticos para las decisiones sanitarias al final de la vida de personas incapaces. Rev Esp Salud Pública. 2006;80:303-315.
22. Barrio Cantalejo IM^a, Simón Lorda P, Júdez Gutiérrez J. De las Voluntades Anticipadas o Instrucciones Previas a la Planificación Anticipada de las Decisiones. Nure Investigación. 2004, N°5. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original5105200416587.pdf (visita 28/07/2009).
23. Bátiz J, Roncan P. Problemas éticos al final de la vida. (Monografía en Internet). SECPAL. Disponible en: http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=7 (visita 24/07/2009).
24. Batlle Caminal J. Med&Cine. Encuentros, tribulaciones y cortocircuitos entre cine y medicina. Barcelona: Edipharma; 1998.
25. Barley N. Bailando sobre la tumba. Barcelona: Anagrama; 2000.
26. Bayés R. Afrontando la vida, esperando la muerte. Madrid: Alianza editorial; 2006.
27. Bayés R. Los tiempos de espera en medicina. Med Clin (Barc). 2000;114:464-7.
28. Bayés R. Morir en paz: evaluación de los factores implicados. Med Clin (Barc). 2004;122(14): 539-41.
29. Bayés R. Paliación y evaluación del sufrimiento en la práctica clínica. Med Clin (Barc). 1998;110:740-3.
30. Bayés, R. Wit. Medicina Paliativa. 2004;11:152-156.
31. Bayés R, Limonero JT, Romero E, Arranz P. ¿Qué puede ayudarnos a morir en paz? Med Clin (Barc). 2000;115: 579-82.
32. Benítez del Rosario MA, Asensio Fraile A. La comunicación con el paciente con enfermedad en fase terminal. Aten Primaria. 2002;30(7): 463-466.
33. Bimbela JL. Cuidando al profesional de la salud. Habilidades emocionales y de comunicación. Granada: EASP; 2005.
34. Blanco Mercadé A. Bioética clínica y narrativa cinematográfica. Rev Med Cine. 2005;1(3):77-81. Disponible en: http://campus.usal.es/~revistamedicinacine/numero_3/esp_3_pdf/bioetica_esp.pdf (visita 23/08/2009).

35. Boladeras M. El derecho a no sufrir. Argumentos para la legalización de la eutanasia. Barcelona: Los libros del lince; 2009.
36. Borrell F: Competencia emocional del médico. FMC. 2007;14(3):133-41.
37. Borrell F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: ediciones SEMFyC; 2004.
38. Borrell i Carrio F. Compromiso con el sufrimiento, empatía y dispatía. Med Clin (Barc). 2003;121(20):785-6.
39. del Brío M^aA, Riera J. Valoración de la bioética en los estudios de Medicina. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(5):285-9.
40. Brody H. Stories of sickness. New York: Oxford University Press; 2003.
41. Broggi MA. Gestión de los valores ocultos de la relación clínica. Med Clin (Barc). 2003;121(18):705-9.
42. Cabrera J. Cine: 100 años de filosofía. Una introducción a la filosofía a través del análisis de películas. Barcelona: Gedisa; 2006.
43. Callahan D. Death and the research imperative. N Engl J Med. 2000; 342:654-656.
44. Camps V. La voluntad de vivir. Barcelona: Ariel; 2005.
45. Camps. V. Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética. Barcelona: Ares y Mares; 2001.
46. Cappelletti GL, Sabelli M^aJG, Tenutto MA. ¿Se puede enseñar mejor? Acerca de la relación entre el cine y la enseñanza. Rev Med Cine. 2007;3(3):87-91. Disponible en: http://campus.usal.es/~revistamedicinacine/Vol_3/3.3/esp.3.3.pdf/educ.pdf (visita 24/07/2009).
47. Casado A. Bioética para legos. Una introducción a la ética asistencial. Madrid: Plaza y Valdés; 2008.
48. Casado M, Leyton F. La enseñanza de la Bioética en las Universidades Españolas. Revista de Bioética y Derecho 2009;N^a 17:46-49.
49. Casado da Rocha A. El primado de la autonomía en *Mi vida sin mí* (2002): un ejemplo de metodología para la ética médica. Rev Med Cine. 2008;4(2):66-75. Disponible en: http://campus.usal.es/~revistamedicinacine/Vol_4/4.2/esp.4.2.pdf/mi_vida.pdf (visita 24/07/2009).

50. Casado da Rocha A, Astudillo Alarcón W (editores). Cine y medicina en el final de la vida. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2006.
51. Casetti F, di Chio F. Cómo analizar un film. Barcelona: Paidós; 2007.
52. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. N Engl J Med. 1982;306: 639-645.
53. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Actitudes y opiniones de los médicos ante la eutanasia. Estudio N°2451. Abril-mayo 2002. Disponible en: http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2440_2459/Es2451mar.pdf (vista 26/07/2009).
54. Charon R. Narrative Medicine. Honoring the stories of illness. New York: Oxford University Press; 2006.
55. Charon R. Narrative Medicine. A model for empathy, reflection, profession and trust. JAMA. 2001;286(15):1897-1902.
56. Charon R. Narrative Medicine: form, function and ethics. Ann Intern Med. 2001;134(1):83-87.
57. Charon R, Montillo M, editoras. Stories matter. The role of narrative in medical ethics. New York: Routledge; 2002.
58. Chiozza G. Un psicoanalista en el cine. Buenos Aires: Libros del Zorzal; 2006.
59. Ciuffolini MB, Didoni M, Jure H, Piñero A. Cine y literatura como elementos para la mediación pedagógica: una experiencia desde la medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar 2007;9(3):142-145. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-medfam/em-amf.htm>. (visita 24/07/2009).
60. Ciurana JC. Voluntades anticipadas. Una alternativa a la muerte solitaria. Madrid: Ed Trotta; 2005.
61. Ciurana R. La "buena muerte". ¿Eufemismo u objetivo evaluable? Aten Primaria. 2006;38(1):45-6.
62. Clavé E. Ante el dolor. Reflexiones para afrontar la enfermedad y la muerte. Madrid: Ed Temas de Hoy; 2000.
63. Cleries X. La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud. Barcelona: Masson; 2006.

64. Cleries Costa X, Borrell F, Epstein R, Kronfly E, Escoda JJ. Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica. *Aten Primaria*. 2003;32(2):110-7.
65. Comité Consultivo de Bioética de Cataluña. Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2006. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/eutasui.pdf> (visita 24/07/2009).
66. Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas. Libro Blanco de la titulación de Medicina. Abril 2005.
67. Cortina A. Morir humanamente. En: Cortina A. *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos; 1993. p 241-251.
68. Couceiro A, editora. *Ética en cuidados paliativos*. Madrid: Triacastela; 2000.
69. Couceiro Vidal A. Enseñanza de la bioética y planes de estudios basados en competencias. *Educ. Méd*. 2008;11(2):69-76.
70. Couceiro Vidal A. *In medio virtus*. El cine y la enseñanza de la bioética. *JANO* 2009;Nº1727:36-38.
71. Couceiro Vidal A. Las directivas anticipadas en España: contenido, límites y aplicaciones clínicas. *Rev Calidad Asistencial*. 2007;22(4):213-222.
72. Divinsky M. Stories for life. Introduction to narrative medicine. *Can Fam Physician*. 2007;53:203-205.
73. Domingo Moratalla T. Hermenéutica y cine. Aprender con el cine: humanidades narradas. En: Seoane Pinill J, editor. *Humanidades, ¿Estudios culturales?* Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá de Henares; 2007. p 123-140.
74. Epstein R. Comunicación, burnout y resultados clínicos: más preguntas que respuestas. *Aten Primaria*. 2001;27:511-3.
75. Epstein R. Mindful practice. *JAMA*. 1999;282(9):833-839.
76. Epstein R, Hundert E. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002;287(2):226-235.
77. Equipo Padres y Maestros. *Cine y ciudadanía. Valores para trabajar en el aula*. Bilbao: Ed Mensajero; 2009.

78. Equipo Reseña. Cine para leer. 2001. Madrid: Ed Mensajero; 2001⁽⁷⁵⁾.
79. Fernández Guerra J. Medicina y literatura: hacia una formación humanista. Málaga: Grupo editorial 33; 2006.
80. Fernández del Riesgo M. Antropología de la muerte. Los límites de la razón y el exceso de la religión. Madrid: Editorial Síntesis; 2007.
81. Frank AW. The wounded storyteller. Body, illness and ethics. Chicago: The University of Chicago Press; 1995.
82. Frankl V. El hombre en busca de sentido. 20ª ed. Barcelona: Herder; 1999.
83. Fresnadillo Martínez MJ, Diego Amando C, García Sánchez E, García Sánchez JE. Metodología docente para la utilización de la microbiología médica y las enfermedades infecciosas. Rev Med Cine. 2005;1(1):17-23. Disponible en: http://campus.usal.es/~revistamedicinacine/numero_1/version_espanol/esp_1/metod_esp.pdf (visita 19/07/2009).
84. Fundación ABIM, ACP-ASIM y la Federación Europea de Medicina Interna. La profesión médica en el nuevo milenio: estatutos para la regulación de la práctica médica. Med Clin (Barc). 2002;118:704-6.
85. Fundación de Ciencias de la Salud, editores. Morir con dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida. Madrid: Doce Calles; 1996.
86. Fundación Medicina y Humanidades Médicas, editores. Dolor y sufrimiento en la práctica clínica. Monografía Humanitas nº 2, 2004. Disponible en: http://www.fundacionmhm.org/fondo_editorial.html (visita 24/07/2009).
87. Fundación Medicina y Humanidades Médicas, editores. Eutanasia. Revista HUMANITAS Humanidades Médicas nº 1, 2003. Disponible en: http://www.fundacionmhm.org/fondo_editorial.html (visita 24/07/2009).
88. Fundación Medicina y Humanidades Médicas, editores. La profesión médica: los retos del milenio. Monografía Humanitas nº 7, 2004. Disponible en: http://www.fundacionmhm.org/fondo_editorial.html (visita 24/07/2009).
89. Gafo J. Eutanasia y ayuda al suicidio. Mis recuerdos de Ramón Sampedro. Bilbao: Ed Desclée de Brouwer; 1999.

⁷⁵ y los sucesivos volúmenes hasta el año 2008.

90. Gafo J, editor. La eutanasia y el arte de morir. Madrid: UPCM; 1990.
91. García Campayo J, Aseguinolaza L, Lasa Labaca G. Empatía: la quintaesencia de la medicina. Med Clin (Barc). 1995;105:27-30.
92. García Manrique, R. La medida de lo humano. Ensayos de Bioética y Cine. Barcelona: Ed. Observatori de Bioètica i Dret - Associació de Bioètica i Dret; 2008.
93. García Palomares A, Abad Corpa E, Pascau González-Garzón MJ, Sánchez Pérez R. La planificación anticipada de las decisiones al final de la vida: El rol de los profesionales sanitarios en general y de Enfermería en particular Nure Investigación. 2006;Nº 20. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGIN_AL/Original20.pdf (visita 28/07/2009).
94. García Sabell D. Paseo alrededor de la muerte. Madrid: Alianza editorial; 1999.
95. García Sánchez JE, García Sánchez E, Merino Marcos ML. El cine como instrumento de comunicación sanitaria. HUMANITAS Humanidades Médicas. Tema del mes on-line 2008; nº26. Disponible en: http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero26/revista.html (visita 22/08/2009).
96. The General Medical Council. Tomorrow's Doctors. February 2003. Disponible en: http://www.gmc-uk.org/education/undergraduate/undergraduate_policy/tomorrows_doctors.asp#Introduction (visita 29/07/2009).
97. Gilmour D. Cineclub. Barcelona: Reservoir Books – Mondadori; 2009.
98. Gispert E. Cine, ficción y educación. Barcelona: Alertes; 2008.
99. Gómez Batiste X. Decisiones al final de la vida: aspectos éticos, asistenciales y jurisdiccionales. En: Decisiones al final de la vida: normas y textos jurídicos. Madrid: Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Consejo General del Poder Judicial; 1999. p 29-37.
100. Gómez Sancho M. El hombre y el Médico ante la muerte. Madrid: Ed Arán; 2006.
101. Gómez Sancho M. Morir con dignidad. Madrid: Ed Arán; 2005.

102. Gómez Sancho M. Morir con dignidad. En: Gómez Sancho M. Cómo dar las malas noticias en medicina. Madrid: Aula Médica; 1996 p 115-116.
103. González JF. Aprender a ver cine. Madrid: RIALP; 2004.
104. González Barón M, Gómez Raposo C, Vilches Aguirre Y. Última etapa de la enfermedad neoplásica progresiva: cuidados en la agonía, síntomas refractarios y sedación. Med Clin (Barc). 2006;127(11):421-8.
105. González Blasco P. Literature and movies for medical students. Fam Med. 2001;33(6):426-8.
106. González Blasco P, Moreto G, Roncoletta AFT, Levites MR, Janaudis MA. Using movie clips to foster learners' reflection: improving education in the affective domain. Fam Med. 2006;38(2):94-6.
107. González Blasco P, Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA. Medicina de familia y cine: un recurso humanístico para educar la afectividad. Aten Primaria. 2005;36:566-72.
108. González Blasco P, Serrano Días de Otálora M, Pastushenko J, Altisent Trota R. ¿Cómo enseñar bioética en el pregrado? Reflexiones sobre experiencias docentes. Aten Primaria. 2009;41(2):103-108.
109. González Martel J. El cine en el universo de la ética. El cine-forum. Madrid: Anaya; 1996.
110. González de Pablo A. La muerte y el morir. Una propuesta docente. En: Montiel L y García M, editores. Pensar el final: la eutanasia. Éticas en conflicto. Madrid: Editorial Complutense; 2007. p 159-170.
111. González Requena J, compilador. El análisis cinematográfico. Modelos teóricos. Metodologías. Ejercicios de análisis. Madrid: Editorial Complutense; 1995.
112. Gracia D. Contribución de las humanidades médicas a la formación del médico. HUMANITAS Humanidades Médicas. Tema del mes on-line 2006;nº1. Disponible en: http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero1/revista.html (visita 22/08/2009).
113. Gracia D. Cuestiones de vida o muerte. Dilemas éticos en los confines de la vida. En: Fundación de Ciencias de la Salud. Morir con dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida. Madrid: Doce Calles; 1996. p 107-139.

114. Gracia D. Ética y vida. Estudios de bioética (4 vols). Bogotá: Editorial El Búho; 1998.
- Fundamentación y enseñanza de la bioética. Vol 1.
 - Bioética clínica. Vol 2.
 - Ética de los confines de la vida. Vol 3.
 - Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Vol 4.
115. Gracia D. Ética narrativa y hermenéutica. En: Gracia D. Como arqueros al blanco. Madrid: Triacastela; 2004. p 197-224.
116. Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Triacastela; 2008.
117. Gracia D. Los sentimientos en la vida moral. Otra visión del emotivismo. En: La bioética, mosaico de valores. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 2005. pg 33-65.
118. Gracia D. Morir a tiempo. La eutanasia y sus alternativas. Claves de Razón Práctica 2005; Nº 152:10-19.
119. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Triacastela; 2008.
120. Gracia D. Salir de la vida. En: Gracia D. Como arqueros al blanco. Madrid: Triacastela; 2004. p 395-431.
121. Gracia D, Júdez J, editores. Ética en la práctica clínica. Madrid: Triacastela; 2004.
122. Gracia D, Rodríguez Sendián JJ, directores. Ética en Cuidados Paliativos. Guías de ética en la práctica médica nº2. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud; 2006.
123. Greenhalgh T, Hurwitz B, editores. Narrative based Medicine. Dialogue and discourse in clinical practice. London: BMJ Books; 1998.
124. Greenhalgh T, Hurwitz B. Why study narrative? BMJ. 1999;318:48-50.
125. Grupo de opinión del Observatorio de Bioética i Dret. Documento sobre la disposición de la propia vida en determinados supuestos: declaración sobre la eutanasia. Barcelona: 2003. Disponible en: http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/documentos/Declaracion_sobre_la_Eutanasia.pdf (visita 24/07/2009).

126. Grupo de trabajo sobre La Enseñanza de la Bioética. La educación en Bioética de los profesionales sanitarios en España: una propuesta organizativa. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 2001.
127. Grupo de trabajo de Tratamientos del Programa Regional de Cuidados Paliativos del Servicio Extremeño de Salud. Sedación en cuidados paliativos. (Monografía en Internet). SECPAL. Disponible en: http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=8 (visita 24/07/2009).
128. Hastings Center. The goals of medicine: setting new priorities. 1996. Existe traducción en castellano: Fundación Grífols. Los fines de la medicina. El establecimiento de unas nuevas prioridades. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas (Nº11). Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2004.
129. de la Herrán Gascón A, Cortina Selva M. La muerte y su didáctica. Manual para educación infantil, primaria y secundaria. Madrid: Editorial Universitas; 2006.
130. Hunter KM. Doctors' stories. The narrative structure of medical knowledge. Princeton: Princeton University Press; 1991.
131. Instituto Borja de Bioética. Hacia una posible despenalización de la eutanasia. Bioética i Debat 2005;XI(39):1-7. Disponible en: <http://www.bioetica-debat.org/contenidos/b&d/bioetica39esp.pdf> (visita 24/07/2009).
132. Júdez J. Suicidio asistido y eutanasia: un debate clásico y trágico, con pronóstico reservado. An. Sist. Sanit. Navar. 2007;30(supl 3):137-161. Disponible en: http://www.cfnavarra.es/SALUD/ANALES/textos/vol30/sup3/PDF/11_Suicidio%20asistido_12_Las%20pérdidas%20y%20sus%20duelos.pdf (visita 24/07/2009).
133. Júdez J. Suicidio médicamente asistido en el final de la vida. Med Clin (Barc). 2005; 125(13):498-503.
134. Kessel Sardinias H. Paradojas en las decisiones al final de la vida. Med Clin (Barc). 2000;116:296-298.
135. Kleinman A. The illness narratives. Suffering, healing and the human condition. New York: Basic Books; 1988.

136. Kohan SA. Biblioterapia y cineterapia. Barcelona: Debolsillo; 2006.
137. Kübler-Ross E. Lecciones de la agonía. En: Sociología de la muerte. Madrid: Tribuna médica; 1976. p 15-23.
138. Kubler-Ross E. Sobre el duelo y el dolor. Barcelona, Luciérnaga, 2006.
139. Kubler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Debolsillo; 2005.
140. León Correa FJ. Enseñar bioética: Cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores. Acta Bioética. 2008;14(1):11-18.
141. Lindemann Nelson H, editora. Stories and their limits. Narrative approaches to Bioethics. New York: Routledge; 1997.
142. Lizárraga S, Ayarra M, Cabodevilla I. Acompañamiento al final de la vida. FMC. 2005;12(7):471-481.
143. Loayssa Lara JR, Ruiz Moral R. Comportamiento profesional. Desde los dilemas y principios éticos a las actitudes, los valores y la disposición virtuosa. Aten Primaria. 2006;37:510-3.
144. Loscos J, Baños JE, Loscos F, de la Cámara J. Medicina, Cine y Literatura: una experiencia docente en la Universitat Autònoma de Barcelona. Rev Med Cine. 2006;2(4):138-142. Disponible en: http://campus.usal.es/~revistamedicinacine/Volumen_2_1/n4/esp_4_pdf/med_lit_cine.pdf (visita 19/07/2009).
145. Marías J. La función del cine en el siglo XX. En: La educación sentimental. Madrid: Alianza Editorial; 1992 p 211-220.
146. Marijuán M. El tratamiento del dolor y sus problemas éticos. En: Couceiro A, editora. Ética en cuidados paliativos. Madrid: Triacastela; 2004. p 127-141.
147. Martínez-Salanova Sánchez E. Aprender con el cine, aprender de película. Una visión didáctica para aprender e investigar con el cine. Huelva: Grupo Comunicar; 2002.
148. Martínez K, coordinador. Final de la vida. An. Sist. Sanit. Navar. 2007;30Supl 3. Disponible en: http://www.cfnavarra.es/SALUD/ANALES/textos/suple30_3.htm (visita 24/07/2009).
149. Martínez-Uriónabarrenetxea K. Reflexiones sobre el testamento vital (I y II). Aten Primaria. 2003;31(1):52-4.

150. Martínez-Uriónabarrenetxea K. Sobre la moralidad de la eutanasia y del suicidio asistido. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20(7):400-7.
151. Marzábal I. Cine y ética narrativa. En: *La bioética, diálogo verdadero*. Madrid: Asociación de bioética fundamental y clínica; 2002.
152. Marzábal I. Cine, ética y medicina ante el final de la vida: el poder de las metáforas. *Rev Med Cine*. 2007;3(1):23-37. Disponible en: http://campus.usal.es/~revistamedicinacine/Indice_2007/OBRA/PRINCIPAL21.htm (visita 24/07/2009).
153. Marzábal I. *Deliberaciones poéticas. Cine y ética narrativa*. Bilbao: Universidad del País Vasco. Servicio Editorial; 2004.
154. Marzábal I. La compasión en el cine: ente sentimiento y virtud. *Rev Med Cine*. 2008;4(2):47-57. Disponible en: http://campus.usal.es/~revistamedicinacine/Vol_4/4.2/esp.4.2.pdf/compa_sion.pdf (visita 24/07/2009).
155. Marzábal I. La terminalidad en el cine. En: Astudillo W, Casado A, Mendinueta C, editores. *Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2005. p 387-401.
156. Marzábal I. The end. Muertes de cine. *Rev Med Cine*. 2008;4(3):122-130. Disponible en: http://campus.usal.es/~revistamedicinacine/Vol_4/4.3/esp.pdf/muertesde_cine.pdf (visita 24/07/2009).
157. Marzábal I, Marijuán M. “¡Oh muerte! ¿Dónde está tu victoria?” La muerte en el cine. *Ars Médica. Revista de Humanidades*. 2004;1:130-147.
158. Méndez Baiges V. *Sobre morir. Eutanasias, derechos, razones*. Madrid: Editorial Trotta; 2002.
159. Menéndez A, Medina RM. Cine, historia y medicina. Seminario de la asignatura de Historia de la Medicina. Suplemento de *Conecta Boletín de Noticias sobre Historia de la Ciencia, de la Medicina y de la Tecnología* nº1 (Disponible en <http://www.dsp.umh.es/conecta/cmh/Cine.pdf> visita 19/07/2009).
160. Michel Fariña JJ, Gutiérrez C, compiladores. *Ética y cine*. Buenos Aires: Eudeba; 2000.

161. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2007. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf (visita 26/07/2009).
162. Monge MA. Sin miedo. Cómo afrontar la enfermedad y el final de la vida. Pamplona: EUNSA; 2007.
163. Montiel L y García M, editores. Pensar el final: la eutanasia. Éticas en conflicto. Madrid: Editorial Complutense; 2007.
164. Moreno Martín F, Muiño L. El factor humano en la pantalla. Un paseo por la psicología desde el patio de butacas. Madrid: Editorial Complutense; 2003.
165. Moreto G, Bariani DB, Pinheiro TR, Altisent R, González Blasco P. Una nueva metodología docente en bioética: experiencias con la aplicación del portafolio a estudiantes de Medicina en Brasil. *Persona y Bioética*. 2008;12(2):132-144.
166. Muñoz JJ. De Casablanca a Solas. La creatividad ética en cine y televisión. Madrid: Ediciones internacionales Universitarias; 2005.
167. Muñoz García JJ. Cine y misterio humano. Madrid: RIALP; 2003.
168. Muñoz S, Gracia D. Médicos en el cine. Dilemas bioéticos: sentimientos, razones y deberes. Madrid: Editorial Complutense; 2006.
169. Neighbour R. La consulta interior. Barcelona: J&C Ediciones médicas SL; 1997.
170. Nuland S. Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida. Madrid: Alianza editorial; 1995.
171. Núñez Paz MA. La buena muerte. El derecho a morir con dignidad. Madrid: Tecnos; 2006.
172. Nussbaum MC. El conocimiento del amor. Ensayos sobre filosofía y literatura. Madrid: Machado Libros; 2005.
173. Nussbaum MC. Paisajes del pensamiento. La inteligencia de las emociones. Barcelona: Paidós; 2008.
174. Ogando B, García C. De Aristóteles a Amenábar: ética narrativa, cine y medicina. *Aten Primaria*. 2008;40(9):469-72.

175. Ogando B, García C. Morir con propiedad en el siglo XXI. Rev Calidad Asistencial. 2007;22(3):147-53.
176. Ogando B, García C. 25 siglos de paternalismo, 25 años de autonomía. Una aproximación histórica a los cambios en la relación clínica. Rev Calidad Asistencial. 2006;21(3):162-7.
177. Ogando Díaz B, García Pérez C. Necesidades de formación en bioética en la Comunidad de Madrid. Aten Primaria. 2005;35(5):240-5.
178. Orden ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. Boletín Oficial del Estado N^º 40, Viernes 15 de Febrero de 2008.
179. Ortega Belmonte MJ et al. Aprendiendo con el cine: un instrumento puente entre la realidad y las ideas en el proceso de morir. Rev Med Cine. 2008;4:113-121. Disponible en: http://campus.usal.es/~revistamedicinacine/Vol_4/4.3/esp.pdf/aprendiendo.pdf (visita 19/07/2009).
180. Peinado Herreros JM^a. Competencias médicas. Educ. Méd. 2005;8(Supl 2):S4-6.
181. Pérez Franco B, Turabián Fernández JL. Marco competencial de los médicos de familia ¿clínicos o personas? Aten Primaria. 2007;39(1):41-3.
182. Pérez Morán E, Pérez Millán JA. Cien médicos en el cine de ayer y hoy. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca; 2008.
183. Pis-Díez Pretti G. La enseñanza de la medicina y la asistencia al moribundo: entre la gravedad de la reflexión y el imperativo de la práctica. En: Montiel L y García M, editores. Pensar el final: la eutanasia. Éticas en conflicto. Madrid: Editorial Complutense; 2007. p 145-158.
184. Poch C, Herrero O. La muerte y el duelo en el contexto educativo. Barcelona: Paidós; 2003.
185. Porta Sales J. Sedación paliativa y eutanasia. Aten Primaria. 2007;39(1):45-8.
186. Prados Castillejo JA, Quesada Jiménez F. Guía práctica sobre cómo dar las malas noticias. FMC. 1998;5(4):238-250.
187. Prats L. Cine para educar. Barcelona: Belacqua; 2005.

188. Quill TE. The million dollar question. N Engl J Med. 2005; 352:1632.
189. Rentero JC (Coord). Todos los estrenos de 2001. Madrid: Ediciones JC; 2001⁽⁷⁶⁾.
190. Rivaya B, García Manrique R, Méndez Baiges V. Eutanasia y cine. Valencia: Tirant lo Blanch; 2008.
191. Rivera JA. Carta abierta de Woody Allen a Platón. Madrid: Espasa Calpe; 2005.
192. Rivera JA. Lo que Sócrates diría a Woody Allen. Madrid: Espasa Calpe; 2003.
193. Rodríguez Riobóo F. El refranero y la muerte. Madrid: Universidad Complutense; 1999.
194. Rodríguez Riobóo F. La vejez y la muerte. Anales de psicología. 1998;14(1):127-135.
195. Royes A. Bioética y práctica clínica: propuesta de una guía para la toma de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(7):391-5.
196. Ruiz Moral R. Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: ediciones SEMFyC; 2004.
197. Ruiz Moral R, Loayssa Lara JR. El portafolio de ética en la formación del médico de familia: argumentación teórica y ejemplificación práctica. Aten Primaria. 2007;39(9):491-4.
198. Sánchez Noriega JL. Diccionario temático de cine. Madrid: Cátedra; 2004.
199. Santos C, Forn M^aA, Pérez R, Corrales A, Ugarriza L, Sales C. ¿Estamos preparados los médicos de familia para ayudar a nuestros pacientes a hacer el testamento vital? Rev Calidad Asistencial. 2007;22(5):262-5.
200. Sanz Ortiz J. Final de la vida: ¿Puede ser confortable?. Med Clin (Barc). 2001;116:186-190.
201. Saramago J. Las intermitencias de la muerte. Madrid: Alfaguara; 2005.

⁷⁶ y los sucesivos volúmenes hasta el año 2008

202. Shapiro J. New Feature. Literature and the arts in medical education. *Fam Med*. 2000;32(3):157-8.
203. Shapshay S, editora. *Bioethics at the Movies*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2009.
204. Simón P, Barrio IM^a. ¿Quién decidirá por mí? Ética de las decisiones clínicas en pacientes incapaces. Madrid: Triacastela; 2004.
205. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM. El caso de Inmaculada Echevarría: implicaciones éticas y jurídicas. *Med. Intensiva* [revista en Internet]. 2008;32(9):444-451. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v32n9/punto.pdf> (visita 26/07/2009).
206. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM^a, Alarcos Martínez FJ, Barbero Gutiérrez J, Couceiro A, Hernando Robles P. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Rev Calidad Asistencial*. 2008;23(6):271-85.
207. Simón Lorda P, Couceiro Vidal A. Decisiones éticas conflictivas en torno al final de la vida: una introducción general y un marco de análisis. *Oncología*. 1995;18(1):2-19.
208. Simón Lorda P, Tamayo Velásquez M^aI, Vázquez Vicente A, Durán Hoyos A, Pena González J, Jiménez Zurita P. Conocimientos y actitudes de los médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades anticipadas. *Aten Primaria*. 2008;40(2):61-68.
209. Soulier JP. *Morir con dignidad. Una cuestión médica, una cuestión ética*. Madrid: Ed Temas de Hoy; 1994.
210. Thomas L-V. *La muerte, una lectura cultural*. Barcelona: Paidós; 1991.
211. Tomás y Garrido MC, Tomás y Garrido G. *La vida humana a través del cine. Cuestiones de antropología y bioética*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias; 2005.
212. Turabián JL, Pérez Franco B. La emoción y la intuición como herramientas para gestionar la incertidumbre en la toma de decisiones en medicina de familia. *Aten Primaria*. 2005;35(6):306-10.
213. Vanoye F, Goliot-Lete A. *Principios de análisis cinematográfico*. Madrid: Abada Editores SL; 2008.

214. de Vicente Colomina. Enséñame a decir adiós. Grupo Gesfomedia; 2008.
215. VVAA. La muerte digna. 10 reflexiones sobre la eutanasia. A Coruña: Spiralia Ensayo; 2007.
216. VVAA. Ética y sedación al final de la vida. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas N°9. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2003.
217. Weber CM, Silk H. Movies and Medicine: an elective using film to reflect on the patient, family, and illness. Fam Med. 2007;39(1):317-9.
218. Whitman N. A poet confronts his own mortality: what a poet can teach medical students and teachers. Fam Med. 2000;32(10):673-4.
219. Zoppi K, Epstein R. ¿Es la comunicación una habilidad? Las habilidades comunicativas para mantener una buena relación. An. Sist. Sanit. Navar. 2001;24(Supl 2):23-31.

9. APÉNDICES

APÉNDICE 1.- Cuestionarios sobre Cine y Bioética en Facultades de Medicina.

APÉNDICE 2.- Cuestionarios y programas de asignaturas de Cine y Medicina.

APÉNDICE 3.- Contenidos en bioética en los programas formativos de las especialidades médicas.

APÉNDICE 4.- Fichas técnicas de las películas españolas analizadas.

APÉNDICE 5.- 100 Películas útiles.

APÉNDICE 1.- Cuestionarios sobre Cine y Bioética en Facultades de Medicina.

Cuestionarios sobre Cine y Bioética en Facultades de Medicina:

1. Universidad Autónoma de Madrid. Prof. José Lázaro.
2. Universidad de Cádiz. Prof. Joaquín Gamero.
3. Universidad de Extremadura. Prof. Diego Peral.
4. Universidad de Lleida. Prof. Montserrat Esquerda
5. Universidad del País Vasco. Prof. Mabel Marijuán.
6. Universidad de Salamanca. Prof. Carmen Velayos.
7. Universidad de Valladolid. Prof. Juan Carlos Martín Escudero.
8. Universidad e Zaragoza. Prof. Rogelio Altisent.

1. Universidad Autónoma de Madrid. Profesor José Lázaro.

Cuestionario sobre metodología docente con cine comercial en bioética

1. ¿Cuál es la principal razón que le ha llevado a considerar el cine comercial como una herramienta adecuada en la formación en bioética?

- No lo uso para bioética sino para una asignatura general de humanidades médicas.
- La razón es que es un tipo de narrativa para los que los alumnos tienen mejor receptividad que para otras (teatro, literatura), hasta cierto punto: *Wit* es en realidad una obra de teatro filmada y las dos películas las contrastamos con dos novelas y un ensayo, además de la información que se les da en clases y prácticas.
- Otra razón es que la relación tiempo empleado / información transmitida es muy buena.

2. ¿Qué objetivos docentes concretos se plantea con el uso del cine?

- Ofrecerles una narración de la vivencia de la enfermedad desde la perspectiva del paciente.
- Darles una panorámica de los múltiples conflictos de valores y la gran cantidad de factores extracientíficos que influyen de forma determinante en la práctica clínica (factores psicológicos, sociales, económicos, ideológicos, culturales y, en definitiva, personales y subjetivos).
- Proporcionarles un material narrativo común a todo el curso que nos permita entrar en un auténtico diálogo deliberativo sobre “el factor humano” de la enfermedad contrastando lo que cada uno de ellos ha visto en los distintos relatos con lo que han visto sus compañeros y lo que les señalamos los profesores.

3. ¿Qué temas concretos trata con el cine?

- La vivencia personal de la enfermedad y su interacción con las múltiples relaciones del enfermo con el personal sanitario.

4. ¿Qué metodología docente utiliza?

- Deliberación (en el sentido que D. Gracia le está dando a este termino) sobre ambas películas y dos novelas (*La muerte de Ivan Illich* y *El aliento*, de Thomas Bernhard), más la otra información antes citada, con grupos de 30 alumnos.

5. ¿Utiliza películas enteras o escenas seleccionadas?

- Enteras.

6. ¿Cuáles son las películas que utiliza o pretende utilizar?

- Utilizo dos películas: *Wit* y *La enfermedad de Sachs*.

7. ¿Ha evaluado la experiencia de forma específica? ¿Con qué resultados?

- Depende de lo que se entienda por “forma específica”: lo he evaluado en el diálogo deliberativo con los alumnos, con resultados excelentes.

8. ¿Cuáles son las principales dificultades que ha encontrado en el uso del cine comercial en el aula?

- Limitación de tiempo para poder proyectar más películas, leer más novelas y profundizar más en la deliberación sobre todo ello.

9. ¿Cuáles cree que son sus principales puntos fuertes?

- Los dichos en la respuesta 1.

10. Señale cualquier cuestión que le parezca relevante y no se haya reflejado en las preguntas anteriores

- Sería interesante contrastar este tema con el auge que tiene en la actualidad entre los GP británicos lo que ellos denominan *Narrative based Medicine*. Hay antecedentes, desde el psicoanálisis hasta la “medicina dialógica” de nuestro Rof Carballo, tan apreciado por Laín Entralgo (que también dio buenas pistas para este tema, por ejemplo en *La curación por la palabra...* o en sus estudios sobre la Mentalidad Antropopatológica)

2. Universidad de Cádiz. Profesor Joaquín Gomero.

Cuestionario sobre metodología docente con cine comercial en bioética.

1. ¿Cuál es la principal razón que le ha llevado a considerar el cine comercial como una herramienta adecuada en la formación en bioética?

- Despertar en el alumno el interés por los temas tratados.

2. ¿Qué objetivos docentes concretos se plantea con el uso del cine?

- Tratar de promover la reflexión sobre los temas tratados.
- Desarrollar habilidades en comunicación.
- Que aprecien la disparidad de criterios, incluso en su propio curso, sobre un mismo problema.
- Romper la monotonía de las clases magistrales.
- Hacer las clases más participativas.
- Tratar de motivar al alumno.

3. ¿Qué temas concretos trata con el cine?

- Manipulación genética, consejo genético.
- Problemas en la comunicación.
- Secreto profesional.
- Eutanasia.
- Aborto.

4. ¿Qué metodología docente utiliza?

- Discusión sobre los temas tratados en las películas.

5. ¿Utiliza películas enteras o escenas seleccionadas?

- Casi enteras.

6. ¿Cuáles son las películas que utiliza o pretende utilizar?

- Million Dólar Baby.
- El hombre que hacía milagros.
- GATACA.
- Mar Adentro.
- Habilidades en Comunicación.

7. ¿Ha evaluado la experiencia de forma específica? ¿Con qué resultados?

- NO

8. ¿Cuáles son las principales dificultades que ha encontrado en el uso del cine comercial en el aula?

- El sonido del aula, la Imagen, la necesidad de horario extra para poner la película.

9. ¿Cuáles cree que son sus principales puntos fuertes?

- Todos los recogidos en el punto dos.

10. Señale cualquier cuestión que le parezca relevante y no se haya reflejado en las preguntas anteriores.

3. Universidad de Extremadura. Profesor Diego Peral.

Cuestionario sobre metodología docente con cine comercial en bioética.

1. ¿Cuál es la principal razón que le ha llevado a considerar el cine comercial como una herramienta adecuada en la formación en bioética?
 - Dado que los alumnos “ven” valores.
2. ¿Qué objetivos docentes concretos se plantea con el uso del cine?
 - Que identifiquen valores y puedan hablar de ellos.
3. ¿Qué temas concretos trata con el cine?
 - Los sentimientos de las personas y sus actuaciones. La enfermedad. La muerte.
4. ¿Qué metodología docente utiliza?
 - Se ve la película y después se habla
5. ¿Utiliza películas enteras o escenas seleccionadas?
 - Entera
6. ¿Cuáles son las películas que utiliza o pretende utilizar?
 - El Doctor.
7. ¿Ha evaluado la experiencia de forma específica? ¿Con qué resultados?
 - No

8. ¿Cuáles son las principales dificultades que ha encontrado en el uso del cine comercial en el aula?

- La gran cantidad de alumnos que tenemos (mínimo 105 antes)

9. ¿Cuáles cree que son sus principales puntos fuertes?

- La imagen, el diálogo de los actores y la música que dice cosas sin palabras.

10. Señale cualquier cuestión que le parezca relevante y no se haya reflejado en las preguntas anteriores.

- Es necesario aumentar el nº de profesores de bioética y que estos estén formados en ella.

4. Universidad de Lleida. Profesora Montserrat Esquerda.

Cuestionario sobre metodología docente con cine comercial en bioética.

1. ¿Cuál es la principal razón que le ha llevado a considerar el cine comercial como una herramienta adecuada en la formación en bioética?

- El cine permite un lenguaje muy rico de aproximación a alguna cuestión bioética y sirve de punto de partida para la discusión.

2. ¿Qué objetivos docentes concretos se planteas con el uso del cine?

- Abordaje de algunos dilemas éticos desde diferentes perspectivas.
- Discusión y deliberación posterior sobre cuestiones suscitadas por las películas.

3. ¿Qué temas concretos trata con el cine?

- Actitudes y valores profesionales (El Doctor, Las confesiones del Dr Sachs).
- Bioética y genética (Gattaca).
- Fin de la vida (Mi vida sin mí, Tu vida en 65', Mar adentro, Million Dollar Baby).
- Multinacionales farmacéuticas y ética (El jardinero fiel).

4. ¿Qué metodología docente utiliza?

- Primera sesión con el pase de la película.
- Se les da a los alumnos un guión de lectura y una relación de cuestiones.
- Discusión de la película.
- Alguna vez que no hay tiempo de discusión, los alumnos responden las preguntas y las envían por mail de forma voluntaria.

5. ¿Utiliza películas enteras o escenas seleccionadas?
- Acostumbramos a utilizar películas enteras. Durante la discusión alguna vez vemos de nuevo alguna escena (las más representativas y que se analizan más despacio).
6. ¿Cuáles son las películas que utiliza o pretende utilizar?
- Están en la pregunta 3, por temas.
7. ¿Ha evaluado la experiencia de forma específica? ¿Con qué resultados?
- A final de curso se realiza de forma generalizada una encuesta sobre la asignatura. Entre las cuestiones mejor valoradas está siempre la filmografía y discusión posterior.
 - En los cursos que se ha realizado un trabajo voluntario sobre películas, lo responde un 70-80% de los alumnos.
8. ¿Cuáles son las principales dificultades que ha encontrado en el uso del cine comercial en el aula?
- Las dificultades han sido mas bien logísticas (la falta de adecuación del aula, exceso de luz, sonido...).
9. ¿Cuáles cree que son sus principales puntos fuertes?
- Para alumnos jóvenes el cine representa un lenguaje muy bien valorado y que conecta muy bien con ellos.
 - Algunas de las películas presentan también un alto contenido emocional que nos permite posteriormente elaborar.
10. Señale cualquier cuestión que le parezca relevante y no se haya reflejado en las preguntas anteriores.

5. Universidad del País vasco. Profesora Mabel Marijuán.

Cuestionario sobre metodología docente con cine comercial en bioética.

1. ¿Cuál es la principal razón que le ha llevado a considerar el cine comercial como una herramienta adecuada en la formación en bioética?

- Tienen hábito de ir al cine y son parte habitual de sus temas de conversación las películas que han visto. Se definen sobre sus gustos (que son tan variados como ellos) y aceptan e intercambian recomendaciones con los demás.
- Las referencias cinematográficas son más comunes que las literarias entre el alumnado. Tienen, en general, un repertorio de películas vistas que ellos mismos relacionan con los temas cuando se les da la oportunidad.

2. ¿Qué objetivos docentes concretos se plantea con el uso del cine?

- Los dos modelos que utilizo son:
 - o Documentales para analizar un tema específico que está expuesto de forma más o menos ordenada y refuerza el tema teórico que ya han visto.
 - o Películas de ficción que sirvan para generar debate sobre el tema que se va a tratar.

3. ¿Qué temas concretos trata con el cine?

- Sobre todo inicio, final de la vida y relación asistencial.

4. ¿Qué metodología docente utiliza?

- Les doy unas pautas antes de empezar la película y comentamos lo recogido al finalizar. Me he preparado un guión de lo que considero imprescindible que sea planteado, por si no aparece, pero no suele ser necesario utilizarlo.

5. ¿Utiliza películas enteras o escenas seleccionadas?
- Películas enteras.
6. ¿Cuáles son las películas que utiliza o pretende utilizar?
- Amar la vida.
 - Las normas de la casa de la sidra.
 - El hombre elefante.
 - Si las paredes hablaran.
 - Voto decisivo.
 - Cambiando el paso (SIDA-Basurto).
 - Las alas de la vida.
 - Eutanasia en Holanda (Canal PLUS).
7. ¿Ha evaluado la experiencia de forma específica? ¿Con qué resultados?
- Al finalizar el curso les pasamos una encuesta para que valoren los recursos docentes. Ver películas y utilizarlas como soporte para aprender y deliberar ocupa el segundo lugar, tras el análisis de casos clínicos.
8. ¿Cuáles son las principales dificultades que ha encontrado en el uso del cine comercial en el aula?
- La larga duración de las películas y la dificultad para hacerme con algunas por estar fuera de circuito comercial.
9. ¿Cuáles cree que son sus principales puntos fuertes?
- Que se trata de un lenguaje conocido y compartido.
 - Que tiene un impacto emocional que motiva el arranque, a menudo impetuoso, de un discurso alrededor del tema.
 - Que les permite pensar y hablar sobre temas difíciles porque media la película.

- Que se fijen mejor en la memoria argumentos, datos, procedimientos, etc.

10. Señale cualquier cuestión que le parezca relevante y no se haya reflejado en las preguntas anteriores.

- No he comprobado qué ocurriría si viesan las películas por su cuenta y luego intentásemos el mismo (u otro) proceso de deliberación y aprendizaje. No lo he hecho porque el hecho de ver una película juntos me parece importante para facilitar la tarea docente y la deliberación en el grupo. Lo cierto es que no tengo datos objetivos que avalen esto. Sólo mi propia percepción y mis gustos.
- Los (buenos) documentales tienen dos ventajas muy evidentes para mí: en general son más cortos que las películas de ficción y son más fáciles de analizar porque la estructura suele ser menos compleja.
- Aunque se vean varias veces las mismas películas, al ser con distintos alumnos se ven las diferencias, afinidades, emociones que despiertan en ellos. Siempre hay matices que no se han percibido o que se recogen, por las propias circunstancias y experiencia, de otra manera. Es emocionante ver y oír lo que tienen que contar cuando se enciende la luz. Cuando hemos llorado preferimos dejar un poquito más tiempo la luz apagada y “recomponer la figura”.

6. Universidad de Salamanca. Profesora Carmen Velayos.

Cuestionario sobre metodología docente con cine comercial en bioética.

1. ¿Cuál es la principal razón que le ha llevado a considerar el cine comercial como una herramienta adecuada en la formación en bioética?
 - Los alumnos provienen de licenciaturas muy diferentes. Es difícil darles todo el tiempo clases de bioética argumentativa sin cansarles. Por otra parte, el resultado de la visualización de una película o documental es inmediato. Surgen preguntas, ganas de hablar...
2. ¿Qué objetivos docentes concretos se plantea con el uso del cine?
 - Información fáctica relevante para la argumentación moral (documentales).
 - Conocimiento de las posturas alternativas sobre un caso concreto.
 - Conocimiento de las repercusiones de las elecciones morales.
3. ¿Qué temas concretos trata con el cine?
 - Cambio climático, eutanasia, experimentación de animales, animales y fiestas populares, eugenesia.
 - Emociones morales, relación con la naturaleza.
4. ¿Qué metodología docente utiliza?
 - Parto de la fundamentación (explicación de teorías) y, de ahí, paso al análisis de casos prácticos.
5. ¿Utiliza películas enteras o escenas seleccionadas?
 - Partes seleccionadas y en algún caso (seminario videofórum) una película entera.

6. ¿Cuáles son las películas que utiliza o pretende utilizar?

- “6 grados”
- “Una verdad incómoda”
- “A carne e fraca”
- “Earthlings”
- “Mar adentro”
- “Blade Runner”
- “Gattaca”
- “Stalker”
- “2001. Odisea del espacio”

7. ¿Ha evaluado la experiencia de forma específica? ¿Con qué resultados?

- Sólo tengo impresiones, y son positivas.

8. ¿Cuáles son las principales dificultades que ha encontrado en el uso del cine comercial en el aula?

- Tener que seleccionar partes y no saber hacerlo.

9. ¿Cuáles cree que son sus principales puntos fuertes?

- Los alumnos ven que los problemas morales no son como los matemáticos o, mejor aún, como esos debates metafísicos sobre el sexo de los ángeles que no tienen respuestas que nos afecten. Lejos de eso, estos problemas son padecidos por personas reales y la filosofía se pone al servicio de ellas.
- Además nos ayuda a ver la filosofía como algo más creativo y ameno.

10. Señale cualquier cuestión que le parezca relevante y no se haya reflejado en las preguntas anteriores.

- Necesidad de interdisciplinariedad con docentes de audiovisual. Podemos cometer errores por desconocimiento de narrativa audiovisual etc. No serán errores fatales, pero podemos evitarlos con su colaboración.

7. Universidad de Valladolid. Profesor Juan Carlos Martín Escudero.

Cuestionario sobre metodología docente con cine comercial en bioética.

1. ¿Cuál es la principal razón que le ha llevado a considerar el cine comercial como una herramienta adecuada en la formación en bioética?
 - Plantea con imágenes aparentemente del mundo real, problemas éticos que acompañan los hechos escenificados.
2. ¿Qué objetivos docentes concretos se plantea con el uso del cine?
 - Acostumbrar a los alumnos de 2º-3º de licenciatura de medicina a identificar problemas éticos ligados a los hechos, buscando ejerciten esta habilidad, para luego una vez diferenciados discutirlos.
3. ¿Qué temas concretos trata con el cine?
 - Habitualmente documentales sacados de canales temáticos de TV o fragmentos de películas comerciales.
4. ¿Qué metodología docente utiliza?
 - Visionado 30-40 minutos y posterior debate durante 60-90 minutos. Se identifican los problemas, se analizan por separado (el profesor les interroga y provoca con preguntas -método socrático-) ellos van respondiéndose unos a otros, hasta encontrar respuestas. El profesor recoge las respuestas de los alumnos en la pizarra, ordena y dirige sutilmente la discusión.
5. ¿Utiliza películas enteras o escenas seleccionadas?
 - Adaptándome al tiempo de 30 -45 minutos, si es mas largo selecciono escenas.

6. ¿Cuáles son las películas que utiliza o pretende utilizar?
- Million Dollar Baby.
 - Documentales del Canal temático Odisea (patentes genéticas, Comercio de órganos, Prematuros, Locura, Adolescentes: ya soy adulto, ...).
7. ¿Ha evaluado la experiencia de forma específica? ¿Con qué resultados?
- No.
8. ¿Cuáles son las principales dificultades que ha encontrado en el uso del cine comercial en el aula?
- Al principio buscar unos documentales o películas adecuadas.
 - Conseguir un aula donde proyectarlos que funcionara (haces de técnico hasta montarlo en el aula aunque teóricamente debería de funcionar).
9. ¿Cuáles cree que son sus principales puntos fuertes?
- Hacer reales los problemas que les parecen teóricos, porque aun no tienen apenas experiencia en la clínica real con pacientes reales. Facilitar la participación en los debates de los Seminarios con casos clínicos con problemas.
10. Señale cualquier cuestión que le parezca relevante y no se haya reflejado en las preguntas anteriores.
- Los empleamos sin permiso de sus autores (sociedad de autores), esto dificulta poder emplearlos en la intranet o sistemas online.

8. Universidad de Zaragoza. Profesor Rogelio Altisent.

Cuestionario sobre metodología docente con cine comercial en bioética.

1. ¿Cuál es la principal razón que le ha llevado a considerar el cine comercial como una herramienta adecuada en la formación en bioética?

- Entiendo que la metodología narrativa es la más eficiente con estudiantes, y una película de calidad con el adecuado argumento te garantiza captar la atención del alumno, un requisito imprescindible y nada sencillo, para luego plantear objetivos docentes más ambiciosos.
- Con profesionales también para aplicar procedimientos de análisis de casos.

2. ¿Qué objetivos docentes concretos se plantea con el uso del cine?

- Al menos dos fundamentales:
 - o aprender a identificar cuestiones éticas.
 - o distinguir entre diferentes actitudes.

3. ¿Qué temas concretos trata con el cine?

- Relación médico-paciente.
- Relación entre profesionales.
- Ética de la investigación.

4. ¿Qué metodología docente utiliza?

- Con estudiantes suelo plantear ejercicios prácticos con un sencillo cuestionario de preguntas puntuales y solicitando argumentos o reflexiones breves que deben responder después de visualizar el film.

5. ¿Utiliza películas enteras o escenas seleccionadas?
- Algunas enteras con estudiantes y fragmentos con profesionales.
6. ¿Cuáles son las películas que utiliza o pretende utilizar?
- Al cruzar el límite.
 - El Doctor.
 - Las confesiones del Dr. Sachs.
 - El aceite de la vida.
 - El hombre elefante.
 - Bella.
 - Gattaca.
7. ¿Ha evaluado la experiencia de forma específica? ¿Con qué resultados?
- Con estudiantes me sirve de evaluación la memoria de la signatura de bioética que elaboran al final de la asignatura desde hace 5 años con una impresión excelente.
8. ¿Cuáles son las principales dificultades que ha encontrado en el uso del cine comercial en el aula?
- Dificultades técnicas en el aula de la universidad.
 - Incomodidad de los asientos cuando se visualiza una película entera en el aula.
9. ¿Cuáles cree que son sus principales puntos fuertes?
- Lo comentado en la pregunta 1.
10. Señale cualquier cuestión que le parezca relevante y no se haya reflejado en las preguntas anteriores.

APÉNDICE 2.- Cuestionarios y programas de asignaturas de Cine y Medicina.

Cuestionarios y programas de asignaturas de Cine y Medicina:

1. Universidad Autónoma de Barcelona. Medicina Cine y Literatura. Prof Jorge Molero Mesa
2. Universidad de Oviedo. Cine y Medicina. Prof Juan García Casas.
3. Universidad Complutense de Madrid. Cine y Medicina. Prof Sagrario Muñoz.
4. Universidad de Sevilla. Cine y Medicina: ver lo propio desde la mirada ajena. Prof José Luis Villar Rodríguez.
5. Universidad de Extremadura. La locura en el cine. Prof Joaquín Ingelmo.

1. Asignatura: MEDICINA, CINE Y LITERATURA

Universidad Autónoma de Barcelona.

Profesor: Jorge Molero Mesa.

Cuestionario sobre metodología docente con cine comercial.

Dentro de su experiencia docente utilizando el cine:

1. ¿Cuál es la principal razón que le ha llevado a considerar el cine comercial como una herramienta adecuada en la formación de pregrado?
 - En esta signatura, el cine actúa como dinamizador del proceso de aprendizaje al interactuar con el espectador tanto a nivel intelectual como emocional motivando tanto la profundización en el conocimiento de los temas propuestos como en la participación reflexiva del alumno en la discusión de dichos temas.
2. ¿Qué objetivos docentes concretos se planteas con el uso del cine?

Desde la perspectiva del alumno, los objetivos que debe alcanzar el mismo serían los siguientes:

- Reconocer el cine como un vehículo de introspección cultural, como un instrumento de investigación, documentación y divulgación y como una herramienta pedagógica en los campos de la ciencia, la medicina y la tecnología.
- Identificar en el discurso cinematográfico el papel de las ciencias naturales y de la tecnología en el proceso de medicalización occidental en cuanto a la legitimación del control social, la percepción de la salud y la enfermedad y la autopercepción de estos conceptos.
- Analizar el papel del cine en la construcción social del proceso salud-enfermedad y de la imagen de la medicina y sus profesionales en las sociedades occidentales contemporáneas.

3. ¿Qué temas concretos trata con el cine?

- Cualquier tema que tenga que ver con la vida y las ciencias que la estudian.

4. ¿Qué metodología docente utiliza?

- La metodología docente combina las sesiones presenciales (proyección de las películas y seminarios), lecturas y visionado de material fílmico por parte de los estudiantes y la realización y presentación de una reseña de una película siguiendo un guión preestablecido. Se utiliza Internet para la comunicación e intercambio entre los participantes de la asignatura. Para la proyección y estudio de películas por parte de los estudiantes disponemos de un aula habilitada como sala de proyección. Todas las películas proyectadas están disponibles en versión original subtitulada (cuando es posible) durante todo el curso.
- La proyección de la película se efectúa un día de la semana de 13 a 15 horas (los alumnos pueden comer mientras ven la película) y el día siguiente a la misma hora se realiza el coloquio-seminario sobre los temas propuestos. Para los coloquios, los alumnos deben llevar leídos los textos que previamente se han colocado en Internet. Si en alguna semana sólo se dispone de un día lectivo se proyecta una película de una hora de duración (casi siempre un documental) y se utiliza la hora siguiente para el coloquio.

5. ¿Utiliza películas enteras o escenas seleccionadas?

- Películas enteras.

6. ¿Cuáles son las películas que utiliza o pretende utilizar?

- Se pretende proyectar películas distintas en los cursos sucesivos. Las de este curso aun no las hemos seleccionado. En el curso 2007-08 utilizamos los temas y películas siguientes:
 - El juego de la guerra, 1965.
 - Gripe aviar: virus mortal, 2003.
 - Madame Curie, 1943. Marie Curie: historia, mito y memoria.
 - La historia de Linchburg, 1993. Eugenesia y control social.
 - En busca del Fuego, 1982. Reconstruyendo la evolución humana.
 - Función privada, 1984. Inspecciones alimentarias en tiempos de hambre.
 - El huevo de la serpiente, 1977. Patologías del poder.
 - Sicko, 2007. Enfermedad y desigualdad social.
 - Duelo silencioso, 1949. El médico enfermo.
 - Cobayas humanas, 1993. Patologías del poder II.
 - En el filo de la duda, 1993. Investigación biomédica y meritocracia científica: el caso del sida.
 - Los niños de Brasil, 1978. Genética y determinismo biológico.

7. ¿Ha evaluado la experiencia de forma específica? ¿Con qué resultados?

- Todavía no hemos realizado ninguna evaluación de la experiencia.

8. ¿Cuáles son las principales dificultades que ha encontrado en el uso del cine comercial en el aula?

- La localización de copias de calidad en versión original que dispongan de subtítulos en castellano y/o catalán.

9. ¿Cuáles cree que son sus principales puntos fuertes?

- Precisamente el utilizar el cine como herramienta vehicular de conocimientos y la evaluación basada en la realización de una ficha cinematográfica de una película no analizada en las sesiones docentes. También la posibilidad de disponer de tiempo suficiente para proyectar las películas (2 horas) y para discutir las (2 horas).

10. Señale cualquier cuestión que te parezca relevante y no se haya reflejado en las preguntas anteriores.

- Hemos creado una filmoteca en Internet de uso restringido para que los estudiantes tengan acceso a las películas que se proyectan.

2. Asignatura: CINE Y MEDICINA

Universidad de Oviedo.

Profesor: Juan García Casas.

Cuestionario sobre metodología docente con cine comercial.

Dentro de su experiencia docente utilizando el cine:

1. ¿Cuál es la principal razón que le ha llevado a considerar el cine comercial como una herramienta adecuada en la formación de pregrado? :

- La plasticidad del lenguaje audiovisual que, como todo lenguaje, es un sistema de representación de la realidad que nos rodea. Se utiliza el recurso que nos ofrece el cine para ilustrar una serie de temas que resulten de interés para los estudiantes de ciencias de la salud. En efecto, las películas comerciales disponen de muchos elementos que permiten presentar un tema de forma que incite a la reflexión y al debate: excelentes medios técnicos, buenos argumentos, magníficos actores, verosimilitud y capacidad de seducción.

2. ¿Qué objetivos docentes concretos se plantea con el uso del cine?

Los objetivos concretos del curso son los siguientes:

- Dinamizar la actividad académica buscando la implicación del alumnado en el autoaprendizaje.
- Generar debates sobre temas candentes y/o de relevancia histórica en los diferentes aspectos de la medicina.
- Abordar competencias transversales de la licenciatura, que escapan a los objetivos de asignaturas concretas, como son la capacidad de reflexión, de síntesis, de expresión hablada y escrita.
- Fomentar componentes competenciales y actitudinales: comprender la profesión médica en su dimensión humana y social y no en la meramente técnica o clínica.

3. ¿Qué temas concretos trata con el cine?

- En el programa de la asignatura se abordan aspectos muy variados tales como la figura del médico y su relación con el paciente, los problemas éticos derivados de los avances de la medicina, la regulación de los medicamentos, la toxicología o aspectos legales o históricos de la medicina.

4. ¿Qué metodología docente utiliza?

- El programa docente se desarrolla en 10 sesiones de 3 horas de duración dentro de las cuales el profesor responsable de la misma realiza una introducción sobre el tema, posteriormente se proyecta una película relacionada sobre el tema y se continúa con el debate posterior.
- A los efectos de obtención del certificado de créditos de libre configuración los alumnos deben completar un ensayo sobre algunos de los temas desarrollados en el curso con una extensión máxima de cinco folios, exponiendo diferentes puntos de vista sobre el mismo y su tratamiento por el séptimo arte.

5. ¿Utiliza películas enteras o escenas seleccionadas?

- Películas completas.

6. ¿Cuáles son las películas que utiliza o pretende utilizar?

- En el filo de la duda.
- Viaje alucinante.
- El Séptimo Sello.
- GATTACA.
- Salto a la gloria.
- El tercer hombre.

- Arsénico por compasión.
- Las confesiones del doctor Sachs.
- En bandeja de plata.

7. ¿Ha evaluado la experiencia de forma específica? ¿Con qué resultados?

- Por imperativo administrativo el curso es evaluado por todos los alumnos al finalizar el mismo, cumplimentan un cuestionario anónimo, los resultados indican año tras año una alta satisfacción del alumnado con los contenidos, el desarrollo de las actividades y los conocimientos adquiridos.

8. ¿Cuáles son las principales dificultades que ha encontrado en el uso del cine comercial en el aula?

- No tenemos grandes dificultades, ya que disponemos de un aula de medios audiovisuales muy completa que facilita el desarrollo de las clases.

9. ¿Cuáles cree que son sus principales puntos fuertes?

- Por lo que nos comenta el alumnado, el mayor atractivo del curso reside en la diferente dimensión en la que se presentan diferentes aspectos de la práctica médica de los que no reciben información en el resto de asignaturas de la licenciatura.

10. Señale cualquier cuestión que te parezca relevante y no se haya reflejado en las preguntas anteriores.

3. Asignatura: CINE Y MEDICINA.

Universidad Complutense de Madrid.

Profesora: Sagrario Muñoz.

Contenidos de la página web:

<https://ucmnet.ucm.es/oferta/es/anyo200910/asignaturas/plan0805/asig802622.html?tp=B%FAsquedas&a=directorio&d=buscar.php&ver=5>

Competencias Generales

Reflexión individual y participación activa en interpretación, crítica y toma de postura de las películas exhibidas. Identificar los valores humanos y estéticos transmitidos. Debatir los aspectos emocionales e impacto mediático de la película en tratamiento.

Actividades docentes

A través del estudio de las cintas seleccionadas se establecerán los marcos sociales, científicos, históricos y axiológicos que encuadran los aspectos en relación al ejercicio médico y sanitario, la formación académica de estos, asistencia hospitalaria, desarrollo de nuevos fármacos, tratamiento de enfermedades, etc.

Se pretende a su vez reflexionar sobre la intencionalidad del director y guionista del film, y de la posible recepción de la historia en el espectador, y su concienciación ante el fenómeno médico figurado.

Objetivos

Explicación de la imagen en movimiento como un marco-estructura semiótica al combinar varios sistemas de signos: icónicos, cinético y verbal.

Analizar la dimensión fílmica referida a la materia de expresión, es decir, la historia o narración real o ficticia que se visiona.

Interpretar los contenidos médicos de la narración.

Programa

- 1- De la utilidad de la imagen y su cualidad mediadora: la interpretación de la imagen como método de conocimiento.
- 2- Cine, lenguaje fonético, lenguaje ideográfico y lenguaje matemático: la expresión cinematográfica como demostración y fin de un proceso deductivo.
- 3- La representación subjetiva: ideas y juicios como estado de conciencia y su cristalización en imagen.
- 4- El cine como axiomática del pensamiento. La lógica simbólica. La interpretación del "papel de medico" en la pantalla y su comprensión.
- 5- El cine y la estructuración sensual ó afectiva del pensamiento. Del efecto "lógico-informativo" al efecto emocional.
- 6- De lo particular a lo universal en el hecho de filmar: la representación viva y precisa del detalle y su interpretación en un argumento médico.
- 7- El cine-documento y el cine de ficción como soportes concretos de la Medicina. Las explicaciones teóricas se complementarán con el visionado de los siguientes films:

- "No serás un extraño". Stanley Kramer. Estados Unidos 1955.
- "La Ciudadela". King Vidor. Estados Unidos 1938.
- "El Doctor Arrowsmith". John Ford. Estados Unidos 1931.
- "Derecho a morir". Paul Wendkos. Estados Unidos 1987.
- "Paro clínico". Howard Deutch. Estados Unidos 1992.
- "Despertares". P. Marshall. Estados Unidos 1990.
- "Planta Cuarta". A. Mercero. España 2005.
- "Camino". Javier Fesser España 2009.
- Y otras posibles en función de los temas más demandados.

Evaluación

Exposición oral del análisis fílmico de dos películas que versen sobre el mismo tema pero pertenezcan a distintos realizadores. La elección la hará el alumnado con la confirmación del profesor y no podrán ser del grupo visto en clase.

Bibliografía

Batlle Caminal, J. Medicina y cine. Edipharma 2004.

Muñoz Calvo S, Gracia Guillén D. Médicos en el Cine. Ed. Complutense 2006.

Sánchez Noriega, J.L. Diccionario temático de cine. Cátedra 2004.

Revista de Medicina y Cine: <http://www.usal.es/revistamedicinaycine>. Versión digital de la revista trimestral homónima editada por José Elías García Sánchez y Enrique García Sánchez. Universidad Salamanca.

4. Asignatura: CINE Y MEDICINA: VER LO PROPIO DESDE LA MIRADA AJENA.

Universidad de Sevilla.

Profesor: José Lu   Villar Rodríguez.

Contenidos de la página web:

http://fama2.us.es:8080/wikisalud/index.php/Programaci  n_docente

Justificación

La finalidad principal de este proyecto es organizar en la Facultad de Medicina un ciclo de Cine y Medicina que permita a profesores y alumnos, como explica el subtítulo de esta iniciativa, reflexionar sobre la salud, la enfermedad, la medicina y los médicos a propósito de una serie de películas que a lo largo de la historia del cine se han ocupado de estos temas.

Se trata no tanto de recuperar la vieja tradición universitaria de los cine-clubs, como de ensayar nuevas fórmulas de transmisión del conocimiento, en línea con las iniciativas docentes que reclama el proceso de convergencia en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior. Este proyecto persigue desarrollar en los alumnos sus capacidades de análisis y reflexión crítica.

Descriptores

Se proyectarán seis películas de cine relacionadas con la Medicina o la actividad médica, una película por semana. Cada proyección (90 min) estará precedida de una presentación (30 min) a cargo de uno de los profesores, y se seguir   de un debate (60 min) en el que además del profesorado y los alumnos, podrán participar, por invitación expresa, médicos especialistas en los temas tratados. Se favorecerá la intervención de los alumnos tanto en el debate como en la formulación de preguntas. Al comienzo del curso los alumnos se distribuirán en pequeños grupos (con un máximo de ocho alumnos en cada uno de ellos) y se les asignará una película y un tutor. Cada grupo, junto con el profesor responsable, verá la película y elaborará un trabajo preliminar que deberá estar disponible en la wiki de la asignatura antes del día previsto para su proyección en sesión plenaria (a esta deberá asistir la totalidad de alumnos y profesores). Finalmente, un resumen del debate se incorporar   al trabajo

preliminar y quedará en la wiki, vinculado a la ficha de la película. De forma paralela y asociada a esta actividad docente, en la Biblioteca de la Facultad de Medicina se está constituyendo una videoteca específica de Cine y Medicina, disponible en forma de préstamo para todos los integrantes de la comunidad universitaria.

Competencias

Competencias transversales o genéricas.

- Capacidad de análisis y síntesis.
- Conocimientos generales básicos.
- Solidez en los conocimientos básicos de la profesión.
- Comunicación oral y escrita en la lengua nativa.
- Habilidades para recuperar y analizar información desde diferentes fuentes.
- Resolución de problemas.
- Capacidad de crítica y autocrítica.
- Habilidades en las relaciones interpersonales.
- Habilidad para comunicar con expertos en otros campos.
- Reconocimiento a la diversidad y la multiculturalidad.
- Compromiso ético.
- Capacidad para aplicar la teoría a la práctica.
- Capacidad de aprender.
- Capacidad de adaptación a nuevas situaciones.
- Capacidad de generar nuevas ideas (creatividad).
- Comprensión de culturas y costumbres de otros países.
- Inquietud por la calidad.
- Inquietud por el éxito.

Competencias específicas

El alumno podrá desarrollar su capacidad de análisis para identificar dilemas médicos y bioéticos, conductas y valores del ejercicio profesional o rasgos clínicos de las enfermedades, así como observar el distinto modo de afrontar la enfermedad y el sufrimiento. Deberá reflexionar sobre todo ello, y se le pedirá que enuncie un juicio crítico

sobre aquello que ha visto. Ejercitará su expresión oral y la defensa de sus puntos de vista en diálogo con el resto de sus compañeros, los profesores y los médicos especialistas invitados. Se familiarizará con el uso de las nuevas tecnologías en el ámbito de la educación superior ya que deberá editar en la wiki de la asignatura su trabajo personal. En resumen, podrá entrenar su capacidad de análisis, de reflexión, de diálogo y de expresión oral y escrita, así como entrar en contacto con nuevas herramientas educativas (wiki).

Objetivos

Como explica el título de la asignatura, el objetivo general es presentar a los alumnos el punto de vista que de la Medicina, los médicos o la enfermedad nos han legado los grandes maestros del cine. En muchas de esas creaciones, dejando aparte excesos o inexactitudes, hay reflexiones extraordinariamente lúcidas y con un gran valor docente sobre el ejercicio de la profesión y esa relación cambiante, y quizá en crisis, que es la del médico con su paciente, o sobre las enfermedades y el modo de afrontarlas.

Junto a una visión multicultural de la Medicina, la asignatura permitirá abordar lo que se ha denominado "paradigma de la profesión", ese conocimiento tácito que conforma la manera de pensar de los médicos, del que no suele hablarse durante la licenciatura, y que en este momento puede estar en proceso de cambio.

Otro de sus objetivos es establecer un puente entre las culturas científica y humanística, y al mismo tiempo promover la creación de nuevas fórmulas de transmisión del conocimiento en línea con las iniciativas docentes que reclama el proceso de convergencia en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior.

Finalmente, la asignatura persigue también poner a los alumnos en contacto directo con las nuevas tecnologías, así como ensayar metodologías docentes innovadoras (uso de las wikis).

Además de la transversalidad de los conocimientos, el modelo docente elegido para la impartición de la asignatura persigue desarrollar en los alumnos su capacidad de análisis y su espíritu crítico.

Por último, los alumnos podrán plantear preguntas sobre los últimos avances científicos y terapéuticos, dilemas éticos o sobre la experiencia personal de los profesores y especialistas invitados.

Contenidos

Se proyectarán seis películas de entre las que se relacionan a continuación, ya adquiridas por la Biblioteca de la Facultad. La selección final así como el orden en el que se proyectarán la realizará el grupo de profesores.

Relación de películas

- Barbarroja. Akira Kurosawa, 1964
- La ciudadela. King Vidor, 1938
- El doctor Arrowsmith. John Ford, 1931
- El doctor. Randa Haines, 1991
- Las confesiones del doctor Sachs. Michel Deville, 1999
- Duelo silencioso. Akira Kurosawa, 1949
- Anatomía de un hospital. Arthur Hiller, 1971
- Despertares. Penny Marshall, 1990
- La vida privada de una doctora. Françoise Gailland, 1975
- El hombre elefante. David Lynch, 1980
- Johnny cogió su fusil. Dalton Trumbo, 1971
- Mi pie izquierdo. Jim Sheridan, 1989
- La obsesión (The premature burial). Roger Corman, 1962
- Rain man. Barry Levinson, 1988
- Recuerda. Alfred Hitchcock, 1945
- Vivir. Akira Kurosawa, 1952
- Amar la vida (Wit). Mike Nichols, 2001
- Mi vida sin mí. Isabel Coixet, 2003
- Las invasiones bárbaras. Denys Arcand, 2003
- El amor ha muerto. Alain Resnais, 1984.
- Días de vino y rosas. B. Edwards, 1962
- Días sin huella. B. Wilder, 1945
- Ha nacido una estrella. G. Cukor, 1954

- Bajo el volcán. J. Huston, 1984
- La leyenda del santo bebedor. E. Olmi, 1988
- Río bravo. H. Hawks, 1959
- A corazón abierto. J. Sargent, 2004
- Bird. C. Eastwood, 1988
- El hombre del brazo de oro. O. Preminger, 1955
- Parting glances. B. Sherwood, 1986
- Philadelphia. J. Demme, 1993
- Un rostro de mujer. G. Cukor, 1941
- Family life. K. Loach, 1971
- Iris. R. Eyre, 2001
- Lilith. R. Rossen, 1964
- De repente, el último verano. J.L.Mankiewicz, 1959
- Repulsión. R. Polanski, 1965
- El loco del pelo rojo. V. Minnelli, 1956
- Una mente maravillosa. R. Howard, 2001
- Shine. S. Hicks, 1996
- Hilary y Jackie. A. Tucker, 1998
- El aceite de la vida. G. Miller, 1992
- El orgullo de los yanquis. S. Wood, 1942
- El ángel ebrio. A. Kurosawa, 1948
- Ángeles sin paraíso. J. Cassavetes, 1963
- El pequeño Tate. J. Foster, 1991
- Hombres. F. Zinnemann, 1950
- Los mejores años de nuestra vida. W. Wiler, 1946
- Nacido el cuatro de julio. O. Stone, 1989
- El velo pintado. J. Curran, 2006
- Muerte en Venecia. L. Visconti, 1971
- Estallido. W. Pettersen, 1995
- El milagro de Ana Sullivan. A. Penn, 1962
- La parada de los monstruos. T. Browning, 1932
- El doctor Frankenstein. J. Whale, 1931

- La novia de Frankenstein. J. Whale, 1935
- El enigma de Kaspar Hauser. B. Herzog, 1975
- Mi vida. B.J. Rubin, 1994
- Doctor Akagi. S. Imamura, 1998
- La suerte de Emma. S. Taddicken, 2006
- Mi nombre es Joe. K. Loach, 1998
- Después de la boda. S. Bier, 2006
- Las alas de la vida. A.P. Canet, 2006

Bibliografía General

J.Batle-Caminal. Med&Cine: encuentros, tribulaciones y cortocircuitos entre cine y medicina. Edipharma, 1998.

S. Muñoz, D. Gracia. Médicos en el cine: dilemas bioéticos, sentimientos, razones y deberes. Ed. Complutense, 2006.

Wiki "Cine y Medicina: ver lo propio desde la mirada ajena"
<http://fama2.us.es:8080/wikisalud/index.php/Portada>

Revista de Medicina y Cine. Ed. Universidad de Salamanca. Revista trimestral que viene publicándose desde enero de 2005 y que está disponible de manera gratuita en la red <http://www.usal.es/~revistamedicinacine>

Técnicas de evaluación

Asistencia a las clases teórico-prácticas (se controlará) y la participación en las mismas.

Edición de contenidos en la wiki "Cine y Medicina" (ver Datos de la Actividad y Bibliografía). Participación en el Foro de la wiki.

Exposición final del trabajo.

Criterios de evaluación y calificación

El aprobado se obtendrá con la asistencia a cinco de las nueve sesiones presenciales previstas. Para las calificaciones de notable y sobresaliente se valorará la participación en los debates, la edición de contenidos en la wiki y la exposición final del trabajo. Los alumnos que asistan a menos de cinco sesiones presenciales se considerarán como no presentados.

5. Asignatura: LA LOCURA EN EL CINE.

Universidad de Extremadura.

Profesor: Joaquín Ingelmo.

Cuestionario sobre metodología docente con cine comercial.

Dentro de su experiencia docente utilizando el cine:

1. ¿Cuál es la principal razón que le ha llevado a considerar el cine comercial como una herramienta adecuada en la formación de pregrado?

- Soy profesor titular de Psiquiatría en la Universidad de Extremadura, y llevo impartiendo esta asignatura desde hace más de 30 años, así como psicología médica (donde también ponemos, en las prácticas, alguna película sobre la relación médico-enfermo: entre otras *El Doctor*). Siempre me preocupó la ejemplificación práctica de los temas que explicaba a nivel teórico. Inicialmente, llevaba historias clínicas a clase, más o menos maquilladas para respetar la confidencialidad, y de esa manera ponía a los alumnos en contacto con la realidad clínica. Lógicamente, tenían las prácticas en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario, pero eran pocas y muchas veces ibas corriendo porque tenías muchas cosas que hacer y no te podías ni parar a explicar. Así que, cuando comenzaron las asignaturas de libre elección pensé que sería una buena solución crear una asignatura sobre la locura en el cine, ofertada al segundo ciclo de Medicina, para ejemplificar los diferentes cuadros clínicos, aunque no sólo eso sino también la imagen de la locura en la sociedad actual.

2. ¿Qué objetivos docentes concretos se plantea con el uso del cine?

- Por una parte, me planteo la posibilidad de ejemplificar con las películas determinados cuadros clínicos, no sólo en su dimensión sintomatológica, sino también en su dimensión humana, en sus

formas de relación interpersonal. En un intento, no sólo de identificar un cuadro clínico en función de unos síntomas, sino también, y sobre todo, en poder comprender cómo determinadas formas de estar en el mundo, de estar con los otros pueden llevar a la locura. Por otra parte, pretendo mostrar las representaciones de la locura y de los locos que ha ido elaborando el cine, presentar las imágenes de la locura y de los locos que el cine ha propuesto, ya que toda cultura, a través del arte en cualquiera de sus manifestaciones, establece significados simbólicos para la locura y el loco. Y, precisamente, a estos significados simbólicos de origen cultural es a los que queremos prestar también atención en la asignatura a través de determinadas películas.

3. ¿Qué temas concretos trata con el cine?

- Cada curso académico enfocamos un grupo de trastornos mentales diferentes. Por ejemplo, comenzamos con los trastornos psicóticos, continuamos con los trastornos relacionados con el consumo de sustancias y este curso nos vamos a centrar en los trastornos de la personalidad.

4. ¿Qué metodología docente utiliza?

- La clase dura dos horas, lo que nos permite dividir ese tiempo. Comenzamos con una breve descripción del cuadro clínico que van a ver y de las hipótesis etiológicas que el director nos plantea. Luego ponemos escenas seleccionadas de la película y terminamos con un debate con los alumnos sobre cómo han visto ellos el tema. Posteriormente, tienen que hacer un breve resumen de sus impresiones que nos entregan en la clase siguiente o a la secretaria del Departamento.

5. ¿Utiliza películas enteras o escenas seleccionadas?

- Utilizamos escenas seleccionadas de la película de que se trate, aunque lo hacemos de forma muy rudimentaria: veo la película y selecciono las escenas. El día de la clase pongo la película y aquellas escenas que no me interesa mostrar las paso rápido, aunque al tiempo que las paso puedo hacer un breve comentario sobre su contenido para que no pierdan el hilo de la película.

6. ¿Cuáles son las películas que utiliza o pretende utilizar?

- El primer año el curso versó sobre trastornos psicóticos y, entre otras, pusimos *“Diario de una esquizofrénica”*, *“Una mente maravillosa”*, *“Lilith”*, *“Adela H”*. El segundo curso versó sobre trastornos relacionados con el consumo de sustancias y pusimos *“El hombre del brazo de oro”*, *“Días sin huella”*, *“Días de vino y rosas”*, *“El jardín de la alegría”*, *“La luna”*. Este año trataremos los trastornos de la personalidad y no hemos hecho todavía la selección definitiva, pero la lista de películas que manejamos para escoger las 12/15 que acabamos poniendo es la siguiente:

- El motín del Caine (paranoide)
- El tesoro de Sierra Madre (paranoide)
- El más valiente entre mil (esquizoide)
- El hombre que nunca estuvo allí (esquizoide)
- Bartleby (esquizoide)
- La clase dirigente (esquizotípico)
- La naranja mecánica (antisocial)
- Extraños en un tren (antisocial)
- No es un país de viejos (antisocial)
- Atracción fatal (límite)
- Inocencia interrumpida (límite)
- Átame (límite)

- Un tranvía llamado deseo (histriónico)
- American Beauty (histriónico)
- El crepúsculo de los dioses (narcisista)
- Roger Dodger (narcisista)
- El inocente (narcisista)
- El ocaso de los dioses (narcisista)
- Confidencias (esquizoide)
- Muerte en Venecia
- El zoo de cristal (evitación)
- Descubriendo a Forrester (evitación)
- ¿Qué pasa con Bob? (dependencia)
- La extraña pareja (obsesivo-compulsivo)

7. ¿Ha evaluado la experiencia de forma específica? ¿Con qué resultados?

- Sí he evaluado mediante una encuesta anónima de cinco preguntas, al final del curso, centrada en el interés despertado por la asignatura y sobre todo si la asignatura ha servido para cambiar la visión que tenían de la locura y los locos. Estoy satisfecho porque parece que en un porcentaje alto de alumnos se ha modificado su visión de la locura y de los locos, no viéndolos como seres diferentes y alejados de uno y comenzándolos a ver como seres más cercanos a los que les pasan cosas semejantes a las que les pasan a uno.

8. ¿Cuáles son las principales dificultades que ha encontrado en el uso del cine comercial en el aula?

- Dificultades realmente no he encontrado ninguna. En todo caso, en ocasiones no he podido conseguir la película que quería y he tenido que utilizar otra. La ayuda de la industria farmacéutica ha sido siempre inestimable, ya que sus visitantes médicos son los que se encargan de conseguirme las películas.

9. ¿Cuáles cree que son sus principales puntos fuertes?

- Yo diría que hay tres cuestiones de interés. En primer lugar, nos permite ejemplificar los diferentes cuadros clínicos de una forma muy gráfica y difícilmente olvidable. En segundo lugar, nos permite enseñar que la locura es la consecuencia de las relaciones interpersonales habidas en el seno de una determinada familia y no sólo el efecto de un supuesto determinismo genético. Y, por último, nos permite mostrar los significados simbólicos de la locura y del loco en nuestra sociedad actual. En este sentido, me gusta combinar películas de diferentes épocas del cine para poder observar si ha habido o no algún tipo de cambio en ese sentido.

10. Señale cualquier cuestión que le parezca relevante y no se haya reflejado en las preguntas anteriores.

- Me parece que es un buen método de enseñanza de la psiquiatría y de la psicología médica.

APÉNDICE 3. Contenidos en bioética en los programas formativos de las especialidades médicas.

Se anexan a continuación los extractos de los programas docentes de las especialidades médicas, en los que se hace referencia a los contenidos en bioética. Se recoegen los programas publicados hasta el 31 de Mayo de 2009. Los textos completos pueden consultarse en la página del Ministerio de Sanidad y Política Social:

<http://www.msps.es/profesionales/formacion/guiaFormacion.htm>

1. **ALERGOLOGÍA.** BOE 2006. No contenidos en bioética.

2. **ANÁLISIS CLÍNICOS** BOE 2006.

Formación en bioética para ejercer la profesión de acuerdo a la demanda de nuestra sociedad. Consentimiento informado.

3. **ANATOMÍA PATOLÓGICA** BOE 2006.

La Anatomía Patológica juega un papel importante en el mantenimiento de la calidad y bioética sanitaria, de ahí, su participación activa en las más diversas comisiones: De calidad, bioética, tumores y tejidos, ensayos clínicos y de mortalidad, entre otras.

Formación común básica: El Residente deberá adquirir mediante los cursos o actividades formativas pertinentes los conocimientos, actitudes y aptitudes necesarios para la interacción profesional con otros colegas y con los pacientes, metodología general de la investigación, estadística, **métodos de comunicación**, nuevas tecnologías y **aspectos bioéticos de la profesión**.

Habilidades con el paciente: A este respecto son especialmente importantes las habilidades que se adquieren en la consulta de punciones citológicas en las que se efectúa la técnica de punción aspiración. El Residente realizará una breve historia clínica para confirmar lo expresado por el clínico y

también para comprobar que no hay contraindicación, obtendrá el **consentimiento informado** del paciente y procederá posteriormente a la realización de la punción para concluir con el procesamiento y estudio citológico.

En el caso de los **cadáveres** se realizarán las correspondientes técnicas de autopsia y, si ha lugar, se informará a los familiares más allegados previa demostración de su identidad.

4. **ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN.** 1996.

Contenidos teóricos específicos: Generalidades: Deontología médica.

5. **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR.** BOE 2007.

Actitudes: Conformidad con la misión de servicio hacia los pacientes y la sociedad a que obliga el ejercicio de la medicina. Reconocimiento del derecho de los pacientes a una asistencia pronta y digna en condiciones de equidad. Atención preferente hacia las necesidades de los pacientes y de sus familias con especial referencia al derecho de información. Conciencia de la repercusión económica de las decisiones. Preocupación por los aspectos **deontológicos y éticos** de la medicina en general y de la cirugía vascular en particular.

Objetivos cuantificados al final de la residencia:

Teóricos: Adquirir conocimientos de gestión clínica y **ética médica**.

Clínicos: **Actitud ética** con los pacientes, optimizando la relación médico-enfermo.

6. **APARATO DIGESTIVO.** 1996. No contenidos en bioética.

7. **BIOQUÍMICA CLÍNICA:** BOE 2006. No contenidos en bioética.

8. **CARDIOLOGÍA.** BOE 2007.

Contenidos específicos: Conocimientos formativos de la especialidad. El residente de cardiología debe adquirir una serie de conocimientos básicos, aplicables a todas las especialidades. Son fundamentalmente conocimientos clínicos y de forma complementaria conocimientos en investigación clínica y básica, en lengua inglesa, en gestión clínica y en **bioética**.

Conocimientos generales: Son conocimientos comunes a todos los médicos del sistema MIR que deberían alcanzarse a través de cursos y seminarios en metodología de investigación, gestión clínica y bioética. Estos cursos/seminarios deben ser organizados por las Comisiones de Docencia de cada Centro. Se considera aconsejable que el curso en metodología de la investigación se imparta en el primer año, el de inglés a lo largo del ciclo formativo, el de gestión clínica en el tercer/cuarto año y el de **bioética en el quinto año**.

Actitudes. El médico residente debe entender que su formación integral ha de completarse con otros aspectos de vital importancia para su futuro como especialista: Como médico debe anteponer el bienestar físico, mental y social del paciente a cualquier otra consideración y ser especialmente sensible con los aspectos humanos y **principios éticos** y legales del ejercicio profesional. Como clínico cuidará con esmero la relación interpersonal médico-enfermo así como la asistencia completa e integrada del paciente.

9. **CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.** 1996.

Habilidades y actitudes: Responsabilidad ética y legal. Información al paciente y familiares

10. **CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO.** BOE 2007.

Por último, es fundamental que el futuro especialista en CGAD se forme en: metodología de la investigación clínica; gestión clínica, (en una era de

recursos limitados)... y en **bioética**, que ayudarán al profesional a enfrentarse a la progresiva judicialización de la asistencia médica.

Conocimientos transversales: Conocimientos en metodología de la investigación: Ética e investigación (clínica y experimental).

Conocimientos de bioética: Cambios en la profesión. Objetivos, deberes y responsabilidad. El cuidado. Beneficiencia y no maleficiencia. La confianza en cirugía. Derechos de los pacientes. Expectativas y límites. Equidad y priorización. El respeto a la autonomía personal. Modelos de relación clínica. Consentimiento informado. La no aceptación. La urgencia. El CI escrito y circuitos. **Técnicas de comunicación.** Información personalizada. La familia. El equipo y la información. Capacidad de decisión del paciente. Decisiones por representación. Directrices previas. Sedación y limitación de tratamiento. Conflictos éticos. Estudio de casos y metodología de **deliberación.** Confidencialidad. La historia clínica.

Objetivos específicos y actividades a desarrollar en relación con conocimientos transversales en el ámbito de las especialidades médicas: Durante el **primer año**, el especialista en formación debe adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios en relación con la Metodología de la investigación, Bioética y Gestión clínica.

Actividades. Para tales objetivos deberá seguirse durante el primer año de la residencia, **cursos o seminarios comunes** sobre metodología de la investigación, sobre **bioética** y sobre gestión clínica, que sumarán al menos 40 horas y con una distribución aconsejada de 60%, 20% y 20% respectivamente para las tres facetas citadas.

Actitudes: b) Profesionales y científicas: Conformidad con la misión de servicio hacia los pacientes y la sociedad a que obliga el ejercicio de la medicina. Reconocimiento del derecho de los pacientes a una asistencia pronta y digna en condiciones de equidad. Atención preferente hacia las necesidades de los pacientes y de sus familias con especial referencia al derecho de información. Conciencia de la repercusión económica de las decisiones. Preocupación por los aspectos deontológicos y éticos de la medicina en general y de la CGAD en particular.

Libro del Residente.

El Libro del Residente en CGAD incluirá los siguientes aspectos: a) Cursos comunes: Realización y evaluación de los cursos o seminarios en Metodología de la Investigación, **Bioética** y Gestión Clínica. Mínimo 40 horas.

11. CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL. BOE 2007.

Actitudes Profesionales y científicas: Conformidad con la misión de servicio hacia los pacientes y la sociedad a que obliga el ejercicio de la medicina. Reconocimiento del derecho de los pacientes a una asistencia pronta y digna en condiciones de equidad. Atención preferente hacia las necesidades de los pacientes y de sus familias con especial referencia al derecho de información. Conciencia de la repercusión económica de las decisiones. Preocupación por los **aspectos deontológicos y éticos** de la medicina en general y de la cirugía oral y maxilofacial en particular.

Otras actividades: Los residentes deberán participar en: Seminarios o Cursos sobre: Gestión clínica; **Bioética**; Metodología de la Investigación.

12. CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA: BOE 2007.

Conocimientos relacionados con la práctica clínica: En cuanto a los conocimientos necesarios para el ejercicio correcto de la práctica clínica comunes a todas las especialidades, se recomienda la programación de actividades formativas en las áreas de gestión clínica y organización sanitaria, **ética y deontología médicas**, aspectos legales del ejercicio profesional, informática e inglés técnico.

Actitudes: Durante todo el ciclo de la formación médica, el objetivo fundamental ha de ser la formación de un profesional cabal cuya función principal es la **interacción con el paciente** que acude a él. Los entornos actuales de la práctica especializada no favorecen el desarrollo de los aspectos esenciales de esa relación, y los docentes no conceden suficiente atención a la formación del residente en los mismos. El primer paso en este campo debe ser la definición de los atributos de la profesionalidad y el

segundo el reconocimiento por parte de unos y otros de la importancia de su adquisición. Se admite, en general, que las características básicas de la profesionalidad son el seguimiento estricto de las **normas éticas**, la posesión del conocimiento y las habilidades definidas por la *lex artis* y el compromiso de servir a la sociedad. Un perfil más detallado de los atributos exigibles durante la formación especializada debería incluir estos aspectos:

a) **Orientación al paciente:** voluntad de definir y resolver los problemas clínicos, personales y sociales del paciente. Capacidad para comunicar e informar a éste y a su entorno.

b) Identificación con los objetivos de la unidad y del centro al que está adscrito y con los de su programa formativo.

c) Capacidad de colaboración con los miembros de su equipo, independientemente de la titulación profesional de los mismos.

d) Dedicación, disponibilidad y puntualidad; preocupación por la calidad de su propio rendimiento y de su progresión.

e) Flexibilidad para adaptar sus intereses, enfoques y comportamientos en situaciones cambiantes y con personas diversas.

f) Respeto por las **normas éticas** y la autonomía, los valores culturales y espirituales de los pacientes y por la confidencialidad de sus actuaciones.

g) Iniciativa y resolución para tomar decisiones adecuadas teniendo en cuenta su nivel de conocimientos y habilidades.

h) Utilización racional de los recursos disponibles con criterios de equidad, justicia y equilibrio entre el coste y el beneficio previsible.

Para alcanzar los objetivos deseables en el área de las actitudes es imprescindible que **los responsables de la unidad docente sean el patrón de conducta a imitar**, que demuestren que esperan del residente y que están decididos a valorarla.

13. CIRUGÍA PEDIÁTRICA. BOE 2006.

Actitudes Genéricas: Disponibilidad para el aprendizaje y la formación permanente. Capacidad para asumir compromisos y responsabilidades. Aproximación a los problemas asistenciales con mente crítica y espíritu resolutivo. Respeto y valoración positiva del trabajo de los demás. Apertura

y flexibilidad en relación con los pacientes, miembros de su grupo de trabajo, colegas de otras especialidades y autoridades sanitarias y educativas en general.

Profesionales y científicas: Cooperación y abordaje multidisciplinar en el tratamiento de las diversas patologías que originan el tratamiento quirúrgico. Conformidad con la misión de servicio hacia los pacientes y la sociedad a que obliga el ejercicio de la medicina. Percepción de la multiplicidad de funciones que los médicos especialistas han de ejercer en el ámbito del sistema nacional de salud. Reconocimiento del derecho de los pacientes a una asistencia pronta y digna en condiciones de equidad. Atención preferente hacia las necesidades de los pacientes y de sus familias con especial referencia al derecho de información. Conciencia de la repercusión económica de las decisiones. Preocupación por los **aspectos deontológicos y éticos** de la medicina en general y de la cirugía pediátrica en particular. Conciencia de la importancia de una formación científica y clínica lo más sólida posible.

14. **CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA.** 1996. No contenidos en bioética.

15. **CIRUGÍA TORÁCICA.** 1996.

Menciona los planteamientos deontológicos en la formación en investigación.

16. **DERMATOLOGÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA Y VENEREOLOGÍA.** BOE 2007.

Actitudes Genéricas: Disponibilidad para el aprendizaje y la formación permanente. Capacidad para asumir compromisos y responsabilidades. Aproximación a los problemas asistenciales con mente crítica y espíritu resolutivo. Respeto y valoración positiva del trabajo de los demás. Apertura y flexibilidad en relación con los pacientes, miembros de su grupo de

trabajo, colegas de otras especialidades y autoridades sanitarias y educativas en general.

b) **Profesionales y científicas:** Conformidad con la misión de servicio hacia los pacientes y la sociedad a que obliga el ejercicio de la medicina. Reconocimiento del derecho de los pacientes a una asistencia pronta y digna en condiciones de equidad. Atención preferente hacia las necesidades de los pacientes y de sus familias con especial referencia al derecho de información. Conciencia de la repercusión económica de las decisiones. Preocupación por los aspectos deontológicos y éticos de la medicina en general y de la Dermatología MQV en particular.

Actitudes con los pacientes:

- Aprender a recoger la información que el enfermo le brinda, sabiendo deslindar lo fundamental de lo accesorio.
- Aprender a informar a los pacientes y/o a sus familiares en relación con el proceso que el enfermo padece.
- Saber explicar al enfermo el significado de la enfermedad y el tratamiento a realizar, para conseguir una colaboración terapéutica satisfactoria.
- Instrucción a los enfermos de las terapéuticas más comunes. Modo de realizarlas.
- Actitud con el enfermo oncológico.
- Información a los enfermos con ETS y enfermedad de Hansen. Búsqueda de contactos y convivientes.
- Adquirir los conocimientos y las habilidades suficientes para establecer una relación fluida con los pacientes, adquiriendo los hábitos necesarios para el correcto enfoque de los mismos, incluyendo sus aspectos clínicos y terapéuticos.

17. ENDROCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN. BOE 2006.

Objetivos generales: Formar profesionales: b) Motivados para desarrollar un aprendizaje continuo, trabajar en equipo y comunicarse con los pacientes y la sociedad, respetando las **normas éticas** y legales, aplicando los

conceptos de eficacia y eficiencia que garanticen una utilización correcta de los recursos económicos.

Objetivos específicos: **Comunicación con el paciente.**

a) Conocimientos: Estructuración de la **entrevista clínica**. Estructuración y apartados del informe clínico. Conocimiento del procedimiento de quejas del centro de trabajo. Utilización del teléfono en la comunicación con el paciente. Utilización del correo y correo electrónico.

b) Habilidades: Reconocer las ideas, preocupaciones y expectativas del paciente, así como sus peculiaridades particulares. Capacidad de **transmitir la información** de forma comprensiva para el enfermo. Compartir información con los familiares en los casos adecuados. Selección de la vía o método de comunicación apropiado. Apoyo y refuerzo del autocuidado del paciente, así como promover actitudes preventivas. Desarrollar una relación de cooperación para la solución conjunta de los problemas.

c) **Actitudes:**

Respeto a cada paciente, valorando la diversidad y desarrollo de una actitud no discriminatoria en función de la raza, religión, cultura o status social de los enfermos, asegurando la igualdad de acceso de todos ellos. Sensibilidad, honestidad y responsabilidad frente al enfermo en todos los aspectos de la práctica médica. Desarrollo de una relación de apoyo constante a los pacientes crónicos. Comprensión y valoración del impacto de la enfermedad en el paciente. Valoración de los efectos y el impacto de la enfermedad en los familiares. Tratamiento personalizado y respeto el punto de vista del paciente. Comprensión de las necesidades de grupos específicos de enfermos. Vestimenta y comportamiento adecuados a la situación clínica del paciente. Identificación de aspectos culturales o religiosos que influyen sobre la alimentación y el tratamiento de las enfermedades endocrinometabólicas. Respeto a las costumbres culinarias. Estimulación del paciente para que obtenga mayor información y se afilie a los grupos de apoyo o asociaciones de enfermos.

Aspectos éticos y legales:

- a) **Conocimientos:** El consentimiento informado. El testamento vital. Donación de órganos. La confidencialidad. Emisión de certificados. Deberes y derechos de los ciudadanos.
- b) **Habilidades:** Proporcionar la **información** oral de forma adecuada para lograr la comprensión del paciente y el otorgamiento del consentimiento informado. Utilizar adecuadamente el material impreso de consentimiento o permiso. Uso apropiado de la información clínica, evitando su difusión inapropiada. Adecuada cumplimentación de los certificados de defunción, certificados judiciales. Capacidad de consulta con otros profesionales en caso necesario por dudas legales o éticas.
- c) **Actitudes:** Respeto al derecho a la confidencialidad. Respeto a las voluntades vitales.

18. FARMACOLOGÍA CLÍNICA. BOE 2006.

Son competencias propias del especialista en Farmacología Clínica: Coordinación y apoyo metodológico, ético y legal a los proyectos de investigación con medicamentos. Asimismo, el farmacólogo clínico debe ser capaz de actuar como apoyo técnico al **Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC)** en aspectos metodológicos, éticos y legales de la investigación con medicamentos.

Conocimientos y habilidades a adquirir por el residente: **Principios básicos de la bioética.** Funciones, organización, competencias de los Comités Éticos de Investigación Clínica (CEICs).

19. GERIATRÍA. BOE 2008.

Formación transversal común:

- b) **Habilidades de comunicación o de relación con el paciente y bioética:** el residente debe adquirir habilidades de comunicación con el paciente. Consentimiento informado. Consentimiento del paciente incapacitado. Confidencialidad y secreto profesional, así como aspectos

relacionados con la ética, la deontología, los comités bioéticos y de investigación, etc.

Cuidados paliativos: Objetivos: Enfermo terminal, oncológico y no oncológico. Tratamiento sintomático y paliativo, manejo del dolor. Manejo y prevención de las complicaciones. **Bioética y toma de decisiones.**

20. **HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA.** BOE 2006.

...sitúen la especialidad en un **contexto social, ético y profesional** en el que el bienestar de los pacientes sea el objetivo fundamental. Por último, es también muy relevante la adquisición de una conciencia clara de las implicaciones económicas, sociales y, sobre todo, éticas que conlleva el ejercicio profesional de la Hematología y Hemoterapia, como el de cualquier otra rama de la medicina.

Una propuesta de contenidos de dichos cursos podrían incluir las siguientes materias: **Bases de la Bioética Clínica (1,5 créditos).**

Habilidades Generales:

Conocimientos de bioética. Capacidad de establecer una adecuada relación con los pacientes y familiares, así como de transmitir a los mismos la información relativa a su enfermedad de la manera más adecuada. Capacidad para valorar los aspectos éticos de las decisiones que se adopten. Capacidad para valorar en el proceso de toma de decisiones, la relación riesgo/beneficio y costo/beneficio de las exploraciones complementarias o de cualquier tipo de tratamiento que se proponga al paciente.

21. **HIDROLOGÍA.** NO RESIDENCIA. 1996. No contenidos en bioética.

22. **INMUNOLOGIA.** BOE 2006.

Objetivos generales... incluyendo conocimientos básicos de gestión, **bioética** e investigación y control de calidad.

Formación en aspectos bioéticos.

Los residentes de Inmunología deben conocer y recibir formación adecuada en las diferentes normativas vigentes en nuestro País sobre los aspectos bioéticos de la práctica médica y de la actividad investigadora. Esta formación se realizará siempre en estrecho contacto y, principalmente, a través de los **Comités de Bioética** de cada hospital.

Los residentes deberán adquirir una **formación específica** sobre los siguientes aspectos: Derechos de los pacientes y su marco legal. Confidencialidad y seguridad en la intimidad y privacidad. Criterios acerca del derecho a la información. Aplicación práctica y cumplimiento del consentimiento informado. Medidas de seguridad en el manejo de ficheros automatizados de pacientes, que incluirá: Cumplimiento de la normativa de acceso a los datos informatizados. Funciones y obligaciones del personal en el manejo de los ficheros. Procedimiento de acceso que garantice la confidencialidad. Control de salida de datos informáticos de carácter personal. Gestión de incidencias. Aspectos bioéticos de la experimentación animal.

23. MEDICINA DE LA EDUCACIÓN FÍSICA Y EL DEPORTE. NO RESIDENCIA. 1996. No contenidos en bioética

24. MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. BOE 2005.

2. Los valores profesionales y el perfil profesional del médico de familia.

En la actualidad, la sociedad civil tiene nuevas demandas en salud derivadas de los profundos cambios y nuevos fenómenos que en la misma se están produciendo a los que no puede ser ajeno el Médico de Familia y frente a los que su función en el conjunto social no solo puede centrarse en elevar su nivel de formación y dar respuesta a los servicios que se le requieren sino también en potenciar los valores que legitiman su papel en la sociedad.

2.1. Los valores profesionales del médico de familia

Los médicos tienen unos valores que definen sus compromisos profesionales con la sociedad, el aprendizaje, la interiorización de estos valores es imprescindible para una adecuada actividad profesional. *Enseñar*, transmitir estos valores, forma parte del trabajo de un tutor; *aprenderlos y asimilarlos* es esencial para que un residente llegue a ser un buen Médico de Familia.

Podemos agrupar los valores del Médico de Familia en 5 compromisos: con las personas, con la sociedad en general, con la mejora continua de su trabajo, con la propia especialidad y con la ética.

2.1.1. Compromiso con las personas.

El ciudadano es el protagonista de la atención que presta el Médico de Familia, sus actuaciones por encima de cualquier otro interés, están encaminadas a la mejora y mantenimiento de su salud. Las personas dan sentido a la profesión, se persigue obtener su confianza para que consulten siempre que lo precisen. El mejor Médico de Familia es aquel que más colabora en conseguir unos buenos resultados en la salud del colectivo al que atiende.

Respetar la autonomía del ciudadano no es sólo un deber ético, sino un objetivo de salud.

El Médico de Familia facilita la información necesaria para que el propio paciente decida, con su colaboración, el curso de la atención que prefiere. A este respecto, la promoción de la autonomía del paciente para autocuidarse es, en sí misma, un objetivo de salud esencial; utópicamente, el Médico de Familia persigue que sus pacientes sean tan autónomos que dejen de necesitarle. Su fin no es hacerse imprescindible para los pacientes, sino procurar que aprendan a autocuidarse.

Al Médico de Familia le importa cada persona en su conjunto y a lo largo de toda su vida. Su ejercicio profesional no se limita a los casos clínicos o asistir enfermedades; sino que atiende a personas con unos determinados problemas y creencias, inmersas *en un contexto familiar y social que constituye un todo indivisible que también es objeto de su quehacer diario.*

2.1.2. Compromiso social.

El Médico de Familia en su función de puerta de entrada al sistema sanitario, o mejor aún, de agencia de salud de los ciudadanos o de gestor de casos y coordinador de flujos, tiene una alta responsabilidad social respecto al uso eficiente de los recursos sanitarios. Es conocedor de que el uso inadecuado de un recurso sanitario (un fármaco, una prueba complementaria, una consulta a otro médico, etc.) no sólo representa un riesgo de yatrogenia para el paciente, sino también un gasto innecesario que priva al conjunto de la población de otros recursos. Por ello, el Médico de Familia tiene un compromiso social en el *uso eficiente de los recursos sanitarios y en evitar activamente la discriminación* en el acceso a los servicios de salud. Como profesional que trabaja en el primer nivel de atención, el Médico de Familia debe *asegurar una atención rápida* a los ciudadanos que lo precisen, evitando la creación de barreras que dificulten el acceso a sus servicios o que favorezcan el acceso directo de los mismos a otros servicios más especializados. Por ello el Médico de Familia se esfuerza en organizar su trabajo y el de sus colaboradores, de tal forma que pueda atender sin demoras las demandas de los ciudadanos.

El Médico de Familia *conoce la relevancia de su papel* dentro del sistema sanitario pero la ejerce con humildad, porque sabe la influencia que tienen en la salud los factores sociales y económicos y por ello *detecta y colabora en la mejora de las condiciones de vida* de la población a la que atiende.

2.1.3. Compromiso con la mejora continua.

El Médico de Familia toma sus *decisiones sobre la base de las evidencias científicas actualizadas* y por ello mantiene al día sus conocimientos, habilidades y actitudes profesionales, reconociendo a estos efectos el valor del equipo en el que trabaja y minimizando la posibilidad de cometer errores a través de la mejora continua y el compromiso científico con la especialidad.

El perfil profesional del Médico de Familia y su compromiso con la persona, con la sociedad y con la mejora continua, le convierten en *un profesional necesario* para el buen funcionamiento del sistema sanitario.

2.1.4. Compromiso con la propia especialidad y con la formación de nuevos profesionales.

La polivalencia, la transversalidad y la incertidumbre con la que trabaja continuamente el Médico de Familia, no se consideran una limitación sino una característica propia de la especialidad y un incentivo para participar activamente en el desarrollo, consolidación y actualización del cuerpo doctrinal de esta especialidad.

El Médico de Familia sabe que su especialidad puede mejorar y, por ello *valora y participa en la formación de nuevos residentes*, a los que transmite, sin limitaciones cuanto sabe, contribuyendo *a que los nuevos especialistas sean incluso mejores que él mismo*.

Como tutor de nuevos profesionales, el Médico de Familia *ayuda a aprender a las nuevas generaciones de residentes*, sabiendo que en el proceso de enseñar él mismo también aprende.

El compromiso del Médico de Familia con su especialidad determina también, su disposición a investigar sobre aquellas cuestiones que son pertinentes para el desarrollo de la misma a fin de ofrecer un mejor servicio a la sociedad.

2.1.5. Compromiso ético.

El Médico de Familia es exigente con la Administración Sanitaria y con el resto de actores del sistema sanitario, reivindicando su buen funcionamiento. Las limitaciones de dicho sistema no le impiden mantener una *actitud ética* irreprochable en sus relaciones con los pacientes, con la sociedad en general, con la empresa sanitaria para la que trabaja y con la industria farmacéutica.

El compromiso ético del Médico de Familia se basa sobre todo en el respeto a la *autonomía* del paciente, asegurando su derecho a la intimidad y a la *confidencialidad* de su proceso. En sus actuaciones clínicas y teniendo en cuenta su ámbito de actuación, *antepone de manera especial el principio de no-maleficencia al de beneficencia del paciente*.

El Médico de Familia es especialmente cuidadoso y honesto en sus relaciones con la industria farmacéutica y en sus tareas de docencia y de

investigación, evitando que sus lícitos intereses particulares se antepongan a las necesidades de la población que atiende.

2.2.1. Área docente de competencias esenciales: comunicación, razonamiento clínico, gestión y bioética.

La principal herramienta del Médico de Familia es su capacidad de comunicación con los ciudadanos que diariamente atiende, por lo que es esencial que desarrolle la capacidad de escuchar y empatía necesarias para la correcta relación con los usuarios.

Durante su período de formación, el Médico de Familia incorporará a sus actividades los valores y aspectos éticos de la profesión tanto en su relación con el paciente (respeto, intimidad, confidencialidad, autonomía, consentimiento informado) como en otros ámbitos de su quehacer profesional (en la prescripción, en la distribución de recursos, en la investigación en sus relaciones con la industria farmacéutica etc.).

8.- Contenidos formativos del área docente de competencias esenciales.

8.1 La comunicación asistencial. La entrevista clínica. La relación médico-paciente.

La comunicación médico-paciente es esencial para la práctica clínica. Se estima que un médico realizará más de 200.000 consultas a lo largo de su carrera profesional, por lo que merece la pena hacerlo bien. La comunicación eficaz es esencial para realizar una medicina de alta calidad: mejora la satisfacción del paciente, su comprensión, su adherencia terapéutica y los resultados en términos de salud de la asistencia sanitaria. Por otra parte, se han observado problemas de importancia en la comunicación entre médicos y pacientes.

La comunicación, junto con los conocimientos médicos, la exploración física y la toma de decisiones, constituyen los componentes esenciales de la competencia clínica. Estos cuatro elementos son la verdadera esencia de la buena práctica clínica, por tanto, la habilidad comunicativa no es ningún

complemento para el Médico de Familia, sin una buena habilidad de comunicación, todos los conocimientos y los esfuerzos intelectuales pueden ser fácilmente desaprovechados. Ya sea en el domicilio o en la consulta, todo el saber médico se transmite en el cara a cara con los pacientes y a este respecto tan importante es lo que se dice como la forma de decirlo.

Las técnicas de comunicación se deben enseñar y deben ser aprendidas ya que no son una característica personal inalterable, por el contrario, se han de enseñar con el mismo rigor que se enseñan las técnicas de exploración física porque la experiencia por sí sola, en este caso, puede llevar al residente por caminos equivocados.

8.4. La bioética.

Para ejercer una medicina de familia de calidad no basta con “hacer”, hay que “hacer bien”, tanto desde un punto de vista científico-técnico (garantía de calidad, medicina basada en la evidencia) como desde un punto de vista ético. Esto favorecerá una práctica prudente de la Medicina de Familia.

Por otro lado, cada vez es más frecuente la aparición de conflictos éticos en la práctica diaria del Médico de Familia, relacionados no sólo con su práctica clínica asistencial, sino con cualquier otra dimensión de su quehacer diario: trabajo en equipo, relaciones con otros profesionales, relación con la industria farmacéutica, actividades preventivas, utilización de recursos, etc. El Médico de Familia deberá ser capaz de abordar dichos conflictos y tras un proceso de deliberación, ya sea individual o tras la consulta con los recursos destinados a tal fin que estén a su alcance (compañeros, comités de ética asistenciales, comités de los Colegios de Médicos, etc.), valorar las posibles vías de solución e intentar seleccionar las consideradas como óptimas para cada caso.

OBJETIVOS: El residente al finalizar su periodo de formación MIR, demostrará/será capaz de:

- 1.- Integrar la deliberación ética en el quehacer del Médico de Familia para conseguir que su práctica clínica habitual esté guiada por los principios éticos y la prudencia.

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADOS POR PRIORIDAD

PRIORIDAD I

- Detectar situaciones de conflicto ético.
- Conocer los principios básicos de la Bioética.
- Contrastar el hecho a considerar con los principios básicos.
- Valorar posibles excepciones a los principios básicos.
- Evaluar las circunstancias y consecuencias de cada hecho a considerar para establecer los posibles cursos de acción.
- Conocer y aplicar los siguientes conceptos: Confidencialidad; Secreto profesional; Consentimiento informado; Capacidad del paciente para tomar decisiones; Deber de no abandono; Uso racional de recursos; Trabajo en equipo.
- Manejar éticamente los siguientes procesos: El consentimiento informado como proceso de toma de decisiones en la clínica; Gestión de la incapacidad temporal; Relaciones interprofesionales intranivel; Relaciones con la industria farmacéutica; Las actividades preventivas.
- Registrar en la historia clínica los aspectos éticos.

PRIORIDAD II

- Conocer las disposiciones jurídicas y deontológicas que condicionan las decisiones en la clínica.
- Manejar adecuadamente una metodología racional y crítica de análisis de problemas.
- Manejar éticamente los siguientes procesos: Evaluación de la capacidad de un paciente mayor de edad y de uno menor de edad; Adecuación a cada paciente y situación del esfuerzo terapéutico; Relaciones interprofesionales interniveles; El paciente difícil; Dar malas noticias; Anticoncepción poscoital; Aborto.
- Presentar un caso conflictivo a todo el Equipo de Atención Primaria para deliberarlo conjuntamente, o al Comité de Ética del Área u Hospital.

PRIORIDAD III

- Realizar trabajos de investigación relacionados con los conflictos éticos de la práctica clínica en AP.
- Elaborar formularios de consentimiento informado para AP.

(Establece con mucha profundidad la figura del **tutor** y sus valores).

25. MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. BOE 2008.

La especialidad se configura como un servicio a la sociedad y al interés de esta por el estado de salud y la discapacidad de las personas. A este respecto el ejercicio profesional del MFR toma en consideración la dignidad humana y desarrolla su actividad asistencial con **criterios éticos y deontológicos**.

Finalmente constituye el marco general de actuación del especialista en MFR la responsabilidad ética en el cumplimiento de los deberes de **información, confidencialidad** y preservación de datos, así como el control de calidad y sus indicadores y la formación continuada ante el avance científico con evidencia probada.

El residente debe adquirir profundo sentido ético para el cuidado continuo de pacientes y debe asumir sus responsabilidades asistenciales. Ser consciente de estar al servicio del discapacitado. Ejercitar **profesionalismo** en la práctica de la medicina física y rehabilitación y practicar ética médica, incluyendo habilidad para emplear razonamientos válidos para la toma de decisiones.

26. MEDICINA INTENSIVA. 1996.

Aspectos éticos y sociológicos:

No pueden quedar al margen de este análisis los aspectos de carácter sociológico y ético que matizan la Medicina Intensiva. Los poderosos medios de soporte vital aplicados indiscriminadamente a pacientes irreversibles, pueden conducir a un proceso de “retrasar la muerte más que prolongar la vida”, que puede entrar en colisión con los principios éticos

fundamentales y atentar contra los derechos y la dignidad de los propios pacientes. Por otro lado, la capacidad para absorber recursos económicos por parte de la Medicina Intensiva es prácticamente ilimitada e incluso en condiciones óptimas de gestión, el mantenimiento de una cama de UCI supera al menos tres veces el de una de hospitalización convencional. Los recursos disponibles son necesariamente limitados y su adscripción inadecuada, además de un gasto inútil, puede privar de ellos a un paciente verdaderamente necesitado. Esto obliga a utilizar criterios de selección de enfermos que permitan que la UCI se dedique a los pacientes en situación de amenaza vital con expectativas razonables de recuperación y a establecer, dentro de lo posible, los límites a los que se debe llegar con las medidas activas de soporte, que ha venido en denominarse “encarnizamiento terapéutico”.

Bioética y aspectos médico-legales:

Objetivos: conocer los aspectos médico-legales y bioéticos relacionados con la práctica clínica en las Unidades de Cuidados Intensivos y con la investigación médica.

Conocimientos genéricos: Legislación básica en materia de responsabilidades legales, tales como partes judiciales, consentimientos de actuaciones médicas que generen riesgo, problemas médico-legales por motivos religiosos u otros. Consideraciones éticas sobre la adecuación de los tratamientos a la situación clínica del paciente, a la opinión expresada por él mismo o por sus familiares, en lo que se refiere a mantener la vida, a aliviar el sufrimiento y a evitar o minimizar los riesgos.

Legislación vigente y aspectos éticos de los ensayos clínicos.

27. MEDICINA INTERNA. BOE 2007.

Los **cambios en la relación médico-paciente**, el desarrollo e incorporación de nuevas tecnologías, los nuevos criterios de atención hospitalaria, las restricciones presupuestarias y los recursos limitados que seguirán obligando a una adecuada utilización de los mismos y a la adopción de nuevos mecanismos de gestión en los centros sanitarios, para que la

asistencia sea de mayor calidad, más segura, tenga una buena relación coste-eficiencia así como un alto nivel de compromiso ético.

La adquisición de actitudes positivas respecto a su formación continuada, la investigación, el mantenimiento de **comportamientos éticos** y la relación adecuada con el enfermo y su entorno.

Actitudes y valores del internista.

El médico internista como profesional contrae una serie de responsabilidades con los pacientes y con la sociedad que le obligan en su práctica profesional. De hecho, los internistas han participado activamente en la elaboración de diferentes «Códigos» o «Fueros» en defensa de estos valores que definen el **profesionalismo médico**. Durante todo el período de formación en la especialidad, el internista deberá aprender actitudes y valores específicamente aplicados a su ejercicio profesional, como son:

Facilitar mensajes preventivos de salud a los pacientes a su cargo. Tener respeto por la persona enferma. Mostrar actitud de empatía. Saber integrarse en el trabajo en equipo. Mostrar versatilidad en la adaptación al entorno. Saber reconocer las propias limitaciones. Desarrollar técnicas de auto-aprendizaje Formar profesionales que valoren la visión que el enfermo tiene de su propia enfermedad, con un abordaje psico-social, integrador, que busque la máxima calidad, seguridad y utilización costo-eficiente de los recursos de que dispone, todo ello integrado con un alto nivel de exigencia ética.

Dar una formación que le permita comprender y hacer propio el papel de profesional responsable y participativo en la sociedad, que asume la necesidad de ajustar su comportamiento a los códigos éticos y estándares internacionales profesionales.

Establecer un sistema de tutorización efectiva y personal, basada en la voluntariedad, el compromiso y la ejemplaridad personal y profesional del **tutor**.

Aprender la importancia que tiene la relación del médico con el paciente y formar profesionales con **habilidades comunicativas** con éstos, sus familiares y otros profesionales tanto de atención primaria como especializada Compromiso con el propio desarrollo personal y profesional

que le permita ir madurando, a la vez que como futuro especialista médico, como auténtico profesional.

b) Habilidades comunicativas:

Ser capaz de dar información clara y concisa al paciente de su estado de salud. Ser capaz de informar a sus familiares. Saber afrontar las situaciones del **final de la vida**. Saber establecer relación con pacientes y familiares en **situaciones difíciles**: malas noticias, solicitud de autopsias, pacientes violentos.

d) Desarrollo personal y profesional: Ser capaz de solicitar un **consentimiento informado**.

28. MEDICINA LEGAL Y FORENSE. 1996.

Conocimiento de las normas deontológicas, éticas, derecho médico y jurisprudencia, que regulan el ejercicio de la práctica médica y asistencia sanitaria. Constituyen los conocimientos fundamentales y campo primario de actuación de la especialidad, siendo por tanto de necesario aprendizaje para el especialista, las siguientes áreas de contenido: Derecho médico y legislación sanitaria, y Deontología profesional médica y ética clínica.

Deontología médica y ética clínica asistencial:

- Deontología médica: concepto, significado y proyección profesional médica, social y sanitaria de las normas deontológicas. Comisiones deontológicas. Normas de procedimientos deontológicos.
- Código deontológico: contenido y valoración médico-legal específica y comparada de códigos nacional, provinciales y/o autonómicos e internacionales.
- Bioética clínica: concepto, contenido, significado médico-legal y proyecciones médico-profesional, social y sanitaria.
- Normas éticas y legislación bioética nacional y comunitaria: contenido y significado médico-legal de normas específicas sobre actividades y actuaciones médicas, proceso y procedimiento clínico-asistencial e investigación básica y clínica.

- Comité/Comisiones de bioética/ética asistencial: tipo, finalidad, significado médico-legal y normas: de estructura, funcionamiento y procedimiento de actuación.

29. **MEDICINA NUCLEAR.** 1996.

Actitudes con los pacientes:

Estimular las relaciones científicas y humanas dentro del ámbito de trabajo.
Informar adecuadamente al paciente y familiares de las características de las exploraciones, de sus riesgos y de los beneficios que las justifiquen

30. **MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA.** BOE 2005.

Objetivos generales:

Contemplar la **dimensión ética** del trabajo en Salud Pública tanto desde el punto de vista profesional como social valorando la equidad en salud en todas las intervenciones. Poseer **habilidades de comunicación** y dialogo tanto en el nivel interpersonal como grupal que faciliten la coordinación de grupos humanos interprofesionales y la transmisión de información.

Contenidos específicos del programa formativo: Ética y salud pública. Ética y epidemiología. Fundamentos éticos de la gestión.

(Establece con mucha profundidad la figura del **tutor** y sus valores).

31. **MEDICINA DEL TRABAJO.** BOE 2005.

Área de Derecho Sanitario, Deontología y Bioética. (20 horas):

Derecho Sanitario en Medicina del Trabajo. Derechos y deberes de los profesionales sanitarios. Derechos y deberes de los pacientes. El Secreto Médico. Regulación legal y Deontología. El derecho a la confidencialidad. La relación médico-paciente. Normativa española y europea de protección de datos personales. El Acto Médico. La información y el consentimiento en Medicina del Trabajo. El consentimiento informado. La Documentación Clínica. La información clínica como fuente de derechos y deberes. Fundamentos de Deontología y Ética Médica. Principios éticos:

Beneficencia; No maleficencia; Autonomía y Justicia. Su relación con el Derecho. Problemas médico-legales y deontológicos. Los derivados del ejercicio profesional de la Medicina del Trabajo. Responsabilidad profesional.

(Establece con mucha profundidad la figura del **tutor** y sus valores).

32. **MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA.** BOE 2006.

Al finalizar su formación el residente debe haber adquirido: Conocimientos sobre los sistemas de información de laboratorios y sobre la **ética y confidencialidad** en el manejo de los datos.

33. **NEFROLOGÍA.** BOE 2008.

Formación transversal: Bioética.

a) **Relación médico-paciente:** Humanismo y medicina. Consentimiento informado. Consentimiento del menor y del paciente incapacitado. Confidencialidad, secreto profesional y veracidad. Aspectos legales de los trasplantes. ONT, etc.

b) **Aspectos institucionales:** Ética, deontología y comités deontológicos.

Comités éticos de investigación clínica y de ética asistencial.

8.23 Tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal avanzada: diálisis peritoneal y hemodiálisis: f) Aspectos epidemiológicos, éticos, sociales y de gestión.

34. **NEUMOLOGÍA.** BOE 2008.

Objetivos generales de la formación especializada en Neumología: Tener **formación en bioética**, en gestión clínica, aspectos médico-legales y **comunicación asistencial.**

Contenidos transversales y específicos de la formación en Neumología.

Bioética.

a) **Relación médico-paciente:** Humanismo y medicina. Consentimiento informado. Consentimiento del menor y del paciente incapacitado. Confidencialidad, secreto profesional y veracidad.

b) **Aspectos institucionales:** Ética, deontología y comités deontológicos.

Comités éticos de investigación clínica y de ética asistencial.

El residente debe desarrollar habilidades en la comunicación interpersonal con los pacientes, incluyendo los ancianos y sus familiares, de forma que sea capaz de realizar informes clínicos completos.

Ser capaz de comunicarse de forma efectiva, apropiada y frecuente con los familiares del paciente, aprendiendo a proporcionar noticias y pronósticos adversos, y a explicar la inutilidad de ciertos tratamientos. Participar activamente en los **debates éticos** en relación con los pacientes críticos.

35. **NEUROCIRUGÍA.** BOE 2008.

Objetivos y características generales del programa. **Facilitar formación en bioética y en comunicación personal.**

Al finalizar este período de tiempo, el residente deberá: Comprender las responsabilidades del Neurocirujano con los pacientes, incluyendo la necesidad de proporcionarles información. Conocer y acatar las normas sobre confidencialidad y protección de datos en la práctica clínica. Empezar a adquirir una buena capacidad de comunicarse con otros especialistas. Comenzar a adquirir habilidades de comunicación con los pacientes y con otros profesionales.

Formación en metodología de la investigación, **bioética** y gestión clínica.

Es recomendable que la formación incluida en este apartado se organice a nivel de comisión de docencia conjuntamente con residentes de otras especialidades. Cuando esto no sea posible se organizará a través de cursos o sesiones específicas

Bioética:

a) **Relación médico-paciente:** Humanismo y Medicina. Consentimiento informado. Consentimiento del menor y del paciente incapacitado. Confidencialidad y secreto profesional. Veracidad.

b) **Aspectos institucionales:** Ética y deontología. Comités deontológicos. Comités éticos de investigación clínica.

36. **NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA.** BOE 2008.

Período de formación genérica

Bioética:

a) **Relación médico-paciente:** Humanismo y medicina. Consentimiento informado. Consentimiento del menor y del paciente incapacitado. Confidencialidad, secreto profesional y veracidad. Aspectos legales. Muerte cerebral.

b) **Aspectos institucionales:** Ética y deontología. Comités deontológicos. Comités éticos de investigación clínica.

37. **NEUROLOGÍA.** BOE 2007.

En el ejercicio asistencial, la competencia del neurólogo se manifiesta en la: Afectividad en la relación neurólogo/enfermo y relación neurólogo/ familiar. Responsabilidad profesional y **actitudes éticas**. Aptitud ética ante la investigación. Habilidad para establecer una buena **relación médico-paciente** y colaborar en la resolución de las repercusiones sociales de la enfermedad neurológica. Adiestramiento en el método científico aplicado a la práctica clínica y la investigación en Neurología, así como en los aspectos bioéticos implicados en ellas y en la comunicación científica.

Genética y Bioética

38. **OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.** BOE 2009.

Se ha definido la competencia profesional como el uso habitual y juicioso de la comunicación, los conocimientos, las habilidades técnicas, el razonamiento clínico, **las emociones, los valores y la reflexión**, en la práctica diaria, para beneficio de los individuos y la comunidad a la que se sirve.

Conocimientos generales:

Bioética. Principios fundamentales de la bioética. Factores psicosociales, étnicos y culturales que influyen en las decisiones sobre salud reproductiva. Metodología de análisis bioético. Estatus ontológico del preembrión y del feto anencéfalo. Aspectos bioéticos del diagnóstico prenatal de las malformaciones congénitas y del embarazo. Aspectos bioéticos de la anticoncepción, contracepción de emergencia e interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Aspectos bioéticos en reproducción asistida. Conocer la repercusión de la violencia de género en la afectada, familia y comunidad Aspectos bioéticos relacionados con la asistencia a pacientes en situación terminal. Comités de ética asistencial y de investigación clínica.

Habilidades generales

Bioética aplicada. Aplicar los principios de la bioética a las decisiones en zona de incertidumbre, con especial atención a: Preembrión y feto anencéfalo. Diagnóstico prenatal de las malformaciones congénitas y del embarazo. Anticoncepción, contracepción de emergencia e interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Fetos en el límite de la viabilidad. Técnicas empleadas en reproducción asistida. Ser capaz de establecer un plan de actuación integral y coordinado, en colaboración con el trabajador social, hospital, servicios sociales Asistencia a pacientes en situación terminal.

Comunicación. Tener en cuenta los **aspectos emocionales** en la relación médico paciente y en la relación interpersonal. Emplear habilidades emocionales para mejorar la relación con los pacientes y con otros profesionales. Emplear técnicas y habilidades fundamentales del esquema de comunicación centrado en el paciente. Comunicar malas noticias. Emplear técnicas y habilidades de comunicación oral y escrita con otros profesionales, aprendiendo a trabajar en equipo y a comunicarse de forma efectiva con el equipo de salud, especialmente con aquellos que comparte ámbito de actuación.

Actitudes Generales.

Actuar según el principio de asistencia centrada en la paciente. Comportarse con una alta responsabilidad social respecto al uso eficiente de los recursos sanitarios. Tener en cuenta el riesgo de yatrogenia y el coste de oportunidad en el uso de recursos sanitarios Favorecer, en la

medida de lo posible, la equidad en el acceso a los servicios de salud. Velar por que esté asegurada la atención en un tiempo razonable a la paciente. Mostrar compromiso con la mejora continua manteniendo al día sus conocimientos, habilidades y actitudes profesionales. Mostrar compromiso con la propia especialidad y con la formación de nuevos profesionales. Ser autoexigente en la formación profesional. Respetar la figura del tutor en la formación del residente. Apoyar la investigación como una parcela fundamental de la práctica profesional.

Ser exigente con la administración sanitaria y resto de actores del sistema sanitario, reivindicando un funcionamiento de excelencia. Mantener una actitud ética irreprochable en sus relaciones con los pacientes y con la sociedad en general. Mantener una actitud ética irreprochable en sus relaciones con la empresa sanitaria para la que trabaja. Mantener una actitud ética irreprochable con la industria farmacéutica. Evitar que sus lícitos intereses particulares se antepongan a las necesidades de la población que atiende.

Con respecto a la **relación médico-paciente**. Atender a las pacientes teniendo en cuenta que son personas con unos determinados problemas y creencias inmersas en un contexto familiar y social que constituye un todo indivisible. Establecer, mantener y concluir una relación asistencial adecuada. Conectar con la paciente y/o su familia: Presentándose. Saludando cordialmente y llamando a la paciente por su nombre. Demostrando interés y respeto. Demostrando un comportamiento no verbal adecuado: contacto visual-facial, postura y posición. Legitimando y aceptando el punto de vista del paciente y/o su familia **sin realizar juicios de valor**. Mostrando empatía y ofreciendo apoyo. Tratando con sensibilidad los temas embarazosos, los motivos de sufrimiento y la exploración física. Acompañar adecuadamente la exploración física: Pidiendo permiso. Explicando lo que se va a hacer y por qué. Compartiendo con la paciente los hallazgos. Llegar a un acuerdo con la paciente y/o su familia sobre la naturaleza del problema, la información y el plan de actuación. Proponiendo explicaciones y planes directamente relacionados con la forma en que la paciente y/o su familia ven los problemas. Facilitando la bidireccionalidad. Implicando a la paciente y/o sus familiares en la toma de decisiones hasta

donde ellos decidan. Permitir la comunicación tanto de información como de pensamiento y emociones en el trato con la paciente y/o sus familiares. Asegurarse de que la paciente y/o su familia comprenden la naturaleza del problema de salud, el proceso y los estudios diagnósticos recomendados, el plan terapéutico establecido. Llegar a un acuerdo con la paciente y/o su familia sobre los problemas de salud, los procesos diagnósticos y las medidas terapéuticas. Promover la disposición de la paciente y/o su familia a aceptar el plan de tratamiento. Negociar cuando sea preciso. Asegurar el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de la paciente Respetar la autonomía de la paciente y su individualidad. **Anteponer de manera especial el principio de no maleficencia al de beneficencia de las pacientes.** Aliviar el sufrimiento físico y psicológico de la paciente y/o su familia. Velar por la satisfacción de la paciente y su familia. **Mostrar un respeto incondicional hacia las pacientes, sus familiares y sus cuidadores (aunque no necesariamente a sus acciones).** Mostrar respeto hacia la autonomía y la individualidad de la paciente. Mostrar disposición a compartir parte del proceso diagnóstico y terapéutico con las pacientes, sus familiares y sus cuidadores. Mostrar disposición a trabajar con pacientes de diferentes razas, culturas, estratos sociales y personalidades. Mostrar curiosidad y prestar atención a las diversas dimensiones de la enfermedad (biológica, psicológica y social) que pueden darse simultáneamente. Mostrar una actitud abierta, de curiosidad y predispuesta a explorar nuestras propias actitudes, creencias y expectativas.

Actividades relacionadas con competencias comunes.

Nivel de autonomía 1.

Establecer una relación con las pacientes y sus familiares o acompañantes que sea respetuosa con sus derechos, especialmente con los de autonomía, información y confidencialidad. Desarrollar y aplicar técnicas y habilidades fundamentales del esquema de comunicación centrada en la paciente Presentar para discusión (dentro de la unidad docente) un caso de conflicto bioético obstétrico o ginecológico.

Nivel de autonomía 2.

Obtener un consentimiento informado válido. Incorporar los conceptos de seguridad clínica y de riesgo beneficio al razonamiento clínico.

Comunicar malas noticias. Comunicar en situaciones difíciles (pacientes y/o familiares en situaciones emocionales poco controladas). Comunicar a la paciente y sus familiares la sospecha diagnóstica, las alternativas terapéuticas y el pronóstico.

Participar en comités de calidad y de ética asistencial (optativo). Participar en los comités multidisciplinares para decidir el plan terapéutico.

39. **OFTALMOLOGÍA.** 1996.

Que se potencie en el futuro oftalmólogo la seguridad de poder ejercer una ciencia con contenidos humanos y huir de la deshumanización en su ejercicio.

40. **ONCOLOGÍA MÉDICA.** BOE 2006.

Objetivos generales de la formación en relación con el perfil profesional: Ser capaz de **relacionarse adecuadamente** con enfermos, familiares y compañeros de trabajo y de aplicar los **principios éticos** a la práctica asistencial, docente e investigadora.

Contenidos de la especialidad (parte común): adopción de actitudes con el personal sanitario, la familia y el paciente, acordes con los principios éticos y de la buena práctica clínica (promocionar y educar actitudes para establecer una correcta relación médico-enfermo).

El docente de una disciplina clínica, debe enseñar también modos de conducta que tiendan a que el residente adquiera una buena interrelación con el enfermo y considere, respete y valore sus creencias como persona.

El médico residente también ha de aprender una serie de actitudes frente al enfermo, su familia y su entorno social. Debe aprender a dirigirse al enfermo, escucharle respetando su opinión y personalidad, y pedirle la conformidad de cualquier decisión diagnóstica o terapéutica que se tome.

Objetivos específicos relativos a las **actitudes**: Informar adecuadamente al enfermo y familiares de las características de las exploraciones, riesgos y

beneficios que las justifiquen, así como de los tratamientos posibles, valorando los pros y contras de cada uno de ellos. Demostrar respeto y consideración con los pacientes y los profesionales de la salud que trabajen con el facultativo... Mantener un ambiente de trabajo agradable y sin tensiones. Saber dirigirse al paciente, ofrecerle su apoyo y pedirle la conformidad de cualquier decisión diagnóstica o terapéutica que se tome.

Cuidados del enfermo terminal: Aspectos éticos y legales en la atención al enfermo terminal. Información al enfermo con cáncer.

Actitudes:

Actitudes con los pacientes:

a) Actitudes humanas: El médico residente debe mostrar respeto y mostrar una actitud de apoyo hacia el enfermo y sus familiares, comunicarse con ellos con honestidad y dedicación, tantas veces como sea necesario, obtener su confianza y respetar su necesidad de información.

b) **Actitudes profesionales:** Demostración de actitudes, comportamiento y comunicación esenciales para atender e instruir a los pacientes, familiares y a otros profesionales. Además, el comportamiento debe ser acorde con las normas de la **moral profesional**. Respetar los valores y dignidad de la persona enferma. Consentimiento informado.

Actitudes con los profesionales de la salud: Dirimir las discrepancias, **emociones o sentimientos negativos** que se puedan generar en la actividad normal.

41. **ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA:** BOE 2006.

El objetivo último de éste programa formativo es que el perfil profesional del especialista en Oncología Radioterápica una vez concluido su período formativo se defina por su capacidad para:

Relacionarse de modo apropiado con los enfermos, sus familias y los miembros de su grupo de trabajo.

Aplicar los principios éticos de la profesión en los niveles asistencial, docente y de investigación.

Formación en Bioética.

Consideraciones generales: Ética de la distribución de recursos en oncología radioterápica. Listas de espera en pacientes para tratamiento radioterápico. Métodos de eliminación de las desigualdades terapéuticas.

Relación médico-paciente: Humanismo y medicina. Consentimiento informado. Consentimiento del menor y del paciente incapacitado. Confidencialidad y secreto profesional. Veracidad. Técnicas de comunicación interpersonal. Atención general al paciente oncológico: Fundamentación antropológica: libertad y dignidad de los seres humanos.

Antropología del sufrimiento: dilemas éticos. Ética de las decisiones clínicas. Calidad de vida y ética de los cuidados en situaciones terminales. Límites a la intensidad del tratamiento. Encarnizamiento terapéutico.

Aspectos institucionales: Ética y deontología. Comités deontológicos. Comités éticos de investigación clínica.

El conjunto de habilidades y actitudes exigible a todo especialista en oncología radioterápica se resume en la siguiente forma: Facilidad para la **entrevista clínica**. Competencia para la comunicación oral y escrita. Aptitud para el trabajo en equipo. Capacidad para la toma de decisiones. Informar adecuadamente a los pacientes y a sus familias acerca de la naturaleza de la enfermedad, su pronóstico y posibilidades terapéuticas, solicitar el consentimiento informado y ofrecer todo el apoyo psicológico posible.

Actitudes. Genéricas:

Percepción del carácter binomial –ciencia y profesión-de la medicina.

Capacidad para asumir compromisos y responsabilidades.

Profesionales y científicas:

Conformidad con la misión de servicio hacia los pacientes y la sociedad a que obliga el ejercicio de la medicina. Reconocimiento del derecho de los pacientes a una asistencia pronta y digna en condiciones de equidad con especial referencia al derecho de información. Atención preferente hacia las necesidades de los pacientes y de sus familias con especial referencia al derecho de información. Conciencia de la repercusión económica de las decisiones. Preocupación por los aspectos deontológicos y éticos de la medicina en general y de la oncología radioterápica en particular. Respeto al principio de no abandonar a los pacientes en ninguna de las etapas de su

enfermedad. Adecuación profesional y personal al **imperativo moral del trabajo bien hecho**.

42. OTORRINOLARINGOLOGÍA. BOE 2007.

La actualización de este programa viene condicionada por las nuevas tendencias de la medicina en general, las técnicas de gestión clínica, el papel de la bioética y la dimensión de los nuevos problemas organizativos y de funcionamiento del sistema sanitario.

Objetivos generales del programa formativo: Inculcar en el médico en formación: **Actitudes éticas** de relación humana con el paciente, la mejora continua de la calidad, el aprecio por la investigación y el progreso en el conocimiento científico, la gestión óptima de los recursos sanitarios y el trabajo en equipo.

Fundamentos de Bioética en otorrinolaringología. La implantación masiva y rápida de nuevas tecnologías, el nuevo rumbo de la medicina pública junto a la falta de los referentes clásicos, provocan día a día conflictos de índole estrictamente ética que demandan una formación específica en este campo que constituye la piedra de toque que mejor define la calidad del profesional y de las instituciones.

a) **Conceptos Generales:**

Derecho y la Bioética. Definiciones, ámbitos e interrelaciones. Variables culturales, éticas, morales, religiosas, ancestrales. Consentimiento y Consentimiento informado. Capacidad y Competencia. Beneficencia y No Maleficencia. Responsabilidad. Dignidad. Coacción. Derechos y deberes de enfermos, médicos y responsabilidad social de las empresas médicas. Confidencialidad, secreto profesional, deber de veracidad y derecho a no saber. Deber de asistencia y abandono de persona. Distribución de recursos. Planificación y Consenso en el marco de la comunidad. Decisiones en la Práctica Clínica ORL. Fundamentos éticos. Papel del «consentimiento informado». Decisiones en Gestión Clínica fundamentos éticos. MBE. Docencia. Aspectos éticos. Investigación clínica: Experimentación en seres vivos. Ensayos clínicos controlados: Justificación y ética. Avances Científicos bajo el prisma ético. Terapia génica en el

campo de la ORL. Enfermedades tratables y tratamientos posibles. Intervenciones a escala somática. Intervenciones a escala germinal. Tratamientos génicos perfectivos. Comités Hospitalarios de Bioética.

b) Aspectos Específicos ORL (Taller de casos prácticos): Aspectos éticos de la relación con el paciente ORL. Técnicas Diagnósticas en ORL. Aspectos éticos en Cirugía funcional Otológica. Aspectos éticos en Cirugía funcional Rinológica.

Aspectos éticos en Cirugía funcional faringo cervical. El paciente Oncológico ORL. Relaciones inter profesionales en ORL.

Actitudes Genéricas:

Disponibilidad para el aprendizaje y la formación permanente. Capacidad para asumir compromisos y responsabilidades. Apertura y flexibilidad en relación con los pacientes, miembros de su grupo de trabajo, colegas de otras especialidades y autoridades sanitarias y educativas en general.

Profesionales y científicas:

Conformidad con la misión de servicio hacia los pacientes y la sociedad a que obliga el ejercicio de la medicina. Reconocimiento del derecho de los pacientes a una asistencia pronta y digna en condiciones de equidad. Atención preferente hacia las necesidades de los pacientes y de sus familias con especial referencia al derecho de información. Conciencia de la repercusión económica de las decisiones. Preocupación por los aspectos deontológicos y éticos de la medicina en general y de la otorrinolaringología en particular.

43. PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS. BOE 2006.

Habilidades.

Reconocer el necesario cumplimiento de los **principios de la ética pediátrica** en todas sus actuaciones, actuando como defensor del niño (individualmente y como colectivo profesional) para lo que debe adquirir un conocimiento profundo de lo que es la infancia y la adolescencia, hablando por aquellos que no pueden expresarse por si mismos.

Habilidades de información al niño y adolescente y a la familia

Actividades comunes con otras especialidades: seminarios/cursos sobre: Bioética y Ética Médica....

44. **PSIQUIATRÍA:** BOE 2008.

El perfil profesional del psiquiatra se caracteriza por:

Conocer las **implicaciones éticas** de la Psiquiatría ya que los trastornos mentales pueden acompañarse de una falta de conciencia de enfermedad y en consecuencia son fuentes potenciales de daño al propio enfermo y a terceros, por lo que a veces es necesaria la aplicación de tratamientos involuntarios que en todo caso deben llevarse a cabo con sujeción a las normas legales establecidas al respecto y garantizando los derechos de los pacientes.

Responsabilizarse en la defensa, desarrollo y actualización de los aspectos científicos, profesionales, éticos y legales de la especialidad, evitando dejarse influir por ingerencias políticas o de cualquier otra índole.

Competencias vinculadas con la gestión clínica y la ética.

- a) Actuar de modo eficiente en el sistema sanitario, equilibrando la asistencia a los enfermos y las necesidades de aprendizaje.
- b) Mantener, de modo especial, una práctica clínica y una actitud que preserve el respeto por los pacientes y su derecho a elegir libremente.
- c) Proporcionar con integridad, honestidad y humanidad una asistencia de máxima calidad y evaluar de modo sistemático sus actuaciones en todos los ámbitos profesionales.

Áreas de conocimiento. Formación transversal:

c) Bioética. Derechos humanos y salud mental.

- d) Organización y legislación sanitaria. Derechos y deberes de los usuarios.

Habilidades.

Como médico experto, el psiquiatra debe adquirir las habilidades necesarias para:

- a) Ejercer la especialidad de manera responsable y ética con sujeción a las obligaciones médicas, legales y profesionales, mostrando una dedicación y comportamiento personal e interpersonal íntegro y honrado.

c) Entablar una relación terapéutica con sus pacientes y favorecer un ambiente de comprensión, confianza, empatía y confidencialidad.

Actitudes.

El médico especialista en Psiquiatría debe adquirir actitudes de:

a) Protección de los derechos de los pacientes con una actitud de tolerancia y de respeto hacia grupos sociales más sensibles, preocupándose por los problemas de salud pública.

Formación general transversal común con otras especialidades en Ciencias de la Salud. Incluye formación en:

Bioética.

a) Derechos humanos y salud mental.

b) Relación médico paciente.

c) Consentimiento informado.

d) Consentimiento del menor y del paciente incapacitado.

e) Confidencialidad y secreto profesional.

f) Ética y deontología: comités deontológicos y comités éticos de investigación clínica.

45. RADIODIAGNÓSTICO: BOE 2008.

En la formación, de los especialistas en radiodiagnóstico, los **tutores** de residentes son un elemento crucial para inculcar a los más jóvenes el entusiasmo por el trabajo bien hecho y la investigación, la humanización de sus actos, la atención a los problemas éticos, fomentando sus inquietudes y enseñándoles a ser conscientes de sus limitaciones.

Responsabilidades/competencias/actitudes del especialista en radiodiagnóstico.– Debe de estar versado en las ciencias básicas relativas al diagnóstico por imagen, los aspectos patológicos y funcionales de las enfermedades, la práctica habitual relacionada con la radiología clínica, la bioética, la gestión de los Servicios, los aspectos médico-legales de la práctica radiológica y los elementos básicos de la investigación. Por ello, un radiólogo competente debe ser capaz de:

Realizar procedimientos terapéuticos propios de la especialidad lo que incluye la **comunicación e información** al paciente antes de los procedimientos previos y su seguimiento tras los mismos.

Reconocer con arreglo a las **normas deontológicas** de la profesión médica los límites de su competencia y responsabilidad, debiendo conocer las situaciones en que se ha de derivar el paciente a otros niveles de atención médica.

Comunicarse adecuadamente con los pacientes y con los diferentes especialistas de los diversos servicios o unidades del centro en el que trabaja.

Participar activamente en la elaboración de **documentos de consentimiento informado** que atañan directa o indirectamente a su labor.

Mantener una **actitud ética** basada en los valores anteriormente descritos y en la autonomía del paciente, el respeto a su intimidad y la confidencialidad de los informes emitidos.

Actuar si existen conflictos de interés para evitar una mala atención a los pacientes, comunicándolo a sus superiores si es necesario.

Objetivos y características generales del programa

Facilitar formación en bioética.

Facilitar aspectos básicos de formación médico-legal.

El programa cuenta con una parte general, común a todas las especialidades y con otra parte específica de la especialidad de radiodiagnóstico. La parte común incluye la metodología de la investigación, la bioética y la gestión clínica.

Los objetivos de conocimiento y habilidad en este periodo serán:

Formación bioética y en comunicación personal.

Formación médico-legal.

Al finalizar este periodo de tiempo, los residentes deberán:

Comprender las responsabilidades del radiólogo con los pacientes, incluyendo la necesidad de proporcionarles información. Comprender que la comunicación escrita nunca sustituye a la oral. Conocer y acatar las normas sobre confidencialidad y protección de datos en la práctica clínica.

Bioética:

a) **Relación médico-paciente:** Humanismo y medicina. Consentimiento informado. Consentimiento del menor y del paciente incapacitado. Confidencialidad y secreto profesional. Veracidad.

b) **Aspectos institucionales:** Ética y deontología. Comités deontológicos. Comités éticos de investigación clínica.

Actitudes:

En su faceta **como médico**, debe anteponer el bienestar físico, mental y social del paciente a cualquier otra consideración, y ser sensible a los principios éticos y legales del ejercicio profesional.

En su faceta **como clínico**, cuidará la relación interpersonal médicoenfermo y la asistencia completa e integrada del paciente.

En su faceta **como técnico** mantendrá una actitud crítica acerca de la eficacia y el coste de los procedimientos que utiliza y demostrará su interés por el autoaprendizaje y el perfeccionamiento profesional continuado.

En su faceta **como científico**, debe tomar las decisiones sobre la base de criterios objetivos y de validez demostrada.

En su faceta **como epidemiólogo**, apreciará el valor de la medicina preventiva y del seguimiento a largo plazo de los pacientes. Prestará atención a la educación sanitaria.

En su faceta **como componente de un equipo asistencial**, deberá de mostrar una actitud de colaboración con los demás profesionales de la salud.

46. **REUMATOLOGÍA.** 1996.

Por otra parte es necesario no descuidar su formación humana, debiendo fomentar en el residente el desarrollo de un **comportamiento ético** con sus pacientes, realizando su trabajo con integridad, respeto y compasión hacia el paciente. En este aspecto, el papel del personal de plantilla es de importancia fundamental, pues puede proporcionar con su actuación profesional y humana un modelo de conducta válido para el residente.

47. **UROLOGÍA.** BOE 2006.

Actitudes Genéricas:

Disponibilidad para el aprendizaje y la formación permanente. Capacidad para asumir compromisos y responsabilidades. Aproximación a los problemas asistenciales con mente crítica y espíritu resolutivo. Respeto y valoración positiva del trabajo de los demás. Apertura y flexibilidad en relación con los pacientes, miembros de su grupo de trabajo, colegas de otras especialidades y autoridades sanitarias y educativas en general.

Profesionales y científicas:

Conformidad con la misión de servicio hacia los pacientes y la sociedad a que obliga el ejercicio de la medicina. Reconocimiento del derecho de los pacientes a una asistencia pronta y digna en condiciones de equidad. Atención preferente hacia las necesidades de los pacientes y de sus familias con especial referencia al derecho de información. Conciencia de la repercusión económica de las decisiones. Preocupación por los aspectos deontológicos y éticos de la medicina en general y de la cirugía pediátrica en particular (*sic*).

APÉNDICE 4. Fichas técnicas de las películas españolas analizadas.



EN LA CIUDAD SIN LÍMITES

Ficha técnica

Dirigida por: Antonio Hernández, 2002.

Calificación: No recom. menores de 13 años.

Nacionalidad: Española.

Países participantes: Argentina (22.00 %), España (78.00 %).

Género: Thriller.

Fecha de estreno: 1 de marzo de 2002.

Productoras: Zebra Producciones, S.A., Icónica S.A., Patagonik Film Group, S.A. **Con la participación de:** ACKOA (Francia).

Intérpretes: Leonardo Sbaraglia (Víctor), Fernando Fernán Gómez (Max), Geraldine Chaplin (Marie), Ana Fernández (Carmen), Adriana Ozores (Pilar), Leticia Bredice (Eileen), Roberto Álvarez (Luís), Alex Casanovas (Alberto), Mónica Estarreado (Beatriz), Alfredo Alcón (Rancel).

Productores ejecutivos: Antonio Saura, José Nolla.

Coproductor: Pablo Bossi.

Productor asociado: Natacha Kucic.

Director de producción: Cristina Zumárraga.

Guión: Antonio Hernández, Enrique Brasó.

Director de Fotografía: Unax Mendía.

Cámara: David Acereto.

Música: Víctor Reyes.

Montaje: Javier Laffaille, Patricia Enis.

Dirección artística: Gabriel Carrascal.

Vestuario: T vis T.

Maquillaje: Belén López Puigcerver.

Peluquería: Sergio López.

Sonido: Carlos Faruolo, Miguel Rejas.

Ayudante de dirección: Manuel Gullón.

Efectos especiales: EFE-X.

Efectos digitales: Carlos Ruiz de la Prada, Molinare.

Formato: 35 mm. Super 35 mm. Color. Scope.

Duración original: 118 minutos.

Lugares de rodaje: Madrid, París.

Fechas de rodaje: De 25 de abril de 2001 a 26 de junio de 2001.

Espectadores: 171.112

Recaudación: 795.965,34 €

Premios

Goya 2003 -- Mejor interpretación femenina de reparto -- Geraldine Chaplin.

Goya 2003 -- Mejor guión original -- Enrique Brasó y Antonio Hernández.

XII Premios Turia -- Premio especial Turia.

Sinopsis

Víctor, se reúne con su familia en París para cuidar de su padre enfermo, Max. Un día, sorprende a su padre tirando las medicinas y vistiéndose a escondidas para intentar escapar de la clínica. La familia, sumida en cuestiones de herencia de su imperio farmacéutico, quita importancia a estos actos. Víctor, en cambio, conmovido por la soledad del anciano, le ayuda a escaparse de la clínica y le acompaña por las calles de una ciudad - París- donde Max pasó su juventud y que ahora ya no reconoce. Poco a poco, Víctor descubre que la locura de Max esconde un secreto. Su padre no es el hombre que siempre aparentó ser. Descubre que su madre hizo algo que no le puede perdonar. Y descubre que la familia debe su existencia a una mentira.



HABLE CON ELLA

Ficha técnica

Dirigida por: Pedro Almodóvar, 2002.

Calificación: No recom. menores de 13 años.

Nacionalidad: Española.

Género: Drama.

Fecha de estreno: 14 de marzo de 2002.

Productora: EL DESEO, S.A. **Con la participación de:** ANTENA3 TV y VÍA DIGITAL.

Intérpretes: Darío Grandinetti (Marco), Javier Cámara (Benigno), Rosario Flores (Lydia), Leonor Watling (Alicia), Geraldine Chaplin (Profesora de danza), Mariola Fuentes (Enfermera).

Productor: Agustín Almodóvar.

Productor ejecutivo: Agustín Almodóvar.

Productor asociado: Michel Ruben.

Director de producción: Esther García.

Guión: Pedro Almodóvar.

Director de Fotografía: Javier Aguirresarobe (A.E.C.).

Cámara: Joaquín Manchado.

Steadicam: Joaquín Manchado.

Música: Alberto Iglesias.

Montaje: José Salcedo.

Dirección artística: Antxon Gómez.

Vestuario: Sonia Grande.

Maquillaje: Karmele Soler.

Peluquería: Francisco Rodríguez.

Sonido directo: Miguel Rejas.

Ayudante de dirección: Pedro Lazaga.

Casting: Sara Bilbatua (Mara-mara).

Efectos especiales: EFE-X, DTT.

Efectos digitales: Mad Pix Company, Dream Factory.

Coreografía: "Masurca Fogo" y "Café Müller", Pina Bausch.

Formato: 35 mm. Eastmancolor. Scope 1:2,35.

Duración original: 109 minutos.

Lugares de rodaje: Plazas de toros de Aranjuez y Brihuea, Lucena (Córdoba), Clínica Montepíncipe (Madrid), Cementerio Sacramental Sta. María, Centro estético Margaret Rose y Théâtre de la Ville (París).

Fechas de rodaje: De 9 de julio de 2001 a 14 de octubre de 2001.

Espectadores: 1.367.450

Recaudación: 6.208.691,42 €

Premios

Oscar 2002 (EE.UU.) -- Mejor guión original.

Globo de Oro 2002 (EE.UU.) -- Mejor película extranjera.

BAFTA 2002(Reino Unido) -- Mejor película extranjera y mejor guión original.

César 2002 (Francia) -- Mejor película de la U.E.

Goya 2003 -- Mejor música original -- Alberto Iglesias.

Trophées Le Film Français 2002 (Francia) -- Mejor película europea.

Syndicat Français de la Critique de Cinéma 2002 (Francia) -- Mejor película extranjera.

Golden Satellite Awards 2002 (EE.UU.) -- Mejor película extranjera y mejor guión original.

Los Angeles Film Critics 2002 (EE.UU.) -- Mejor director.

Ciak d'Oro 2002 (Italia) -- Mejor película extranjera.

National Board of Review (EE.UU.) -- Mejor película extranjera.

Vellochino de Oro 2002 (Rusia) -- Mejor película extranjera.

FIPRESCI 2002 (Uruguay) -- Mejor película y mejor director.

Premios de Cine Europeos 2002 (Roma) -- Mejor película, Mejor director, Mejor guión, Premio del Público al Mejor director y Premio del Público al mejor actor (Javier Cámara).

Sergio Amedei 2002 (Italia) -- Mejor guión.

35 Premios ACE (Asociación de Cronistas de Espectáculos. Premios Iberoamericanos -- Mejor director y Mejor actriz secundaria (Geraldine Chaplin).

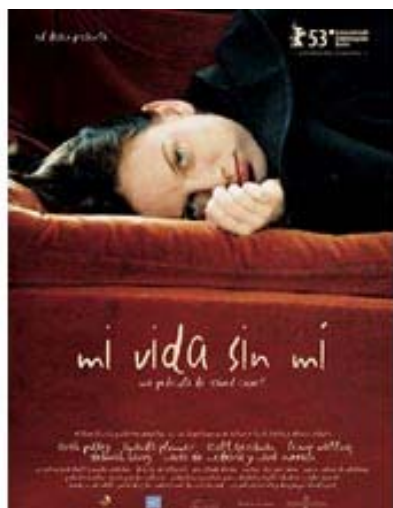
II Festival Internacional de Cine de Transilvania -- Premio del Público.

Premios Cóndor de Plata (Argentina) -- Mejor película extranjera.

II Premios Comunicarte 2003 -- Mejor cartel de cine español (Largometraje).

Sinopsis

Historia sobre la amistad de dos hombres, sobre la soledad, y la larga convalecencia de las heridas provocadas por la pasión. Es también una película sobre la incomunicación de las parejas, y sobre la comunicación. Sobre el cine como tema de conversación. Sobre cómo los monólogos ante una persona silente pueden convertirse en una forma eficaz de diálogo. Del silencio como “elocuencia del cuerpo”, del cine como vehículo ideal en las relaciones de las personas, de cómo el cine contado en palabras detiene el tiempo y se instala en la vida de quien lo cuenta y del que lo escucha.



MI VIDA SIN MÍ

Ficha técnica

Título original: My life without me.

Dirigida por: Isabel Coixet, 2003.

Calificación: Todos los públicos.

Nacionalidad: Española.

Países participantes: Canadá (32.00 %), España (68.00 %).

Género: Drama.

Fecha de estreno: 7 de marzo de 2003.

Productoras: El Deseo S.A., S.L.U. y Milestones Productions Inc. (Canadá).

En asociación con: Antena 3 TV Vía Digital Alliance Atlantis.

Intérpretes: Sarah Polley (Ann), Amanda Plummer (Laurie), Scott Speedman (Don), Leonor Watling (La vecina de Ann), Deborah Harry (La madre de Ann), Maria de Medeiros (La peluquera), Mark Ruffalo (Lee), Julian Richings, Kenya Jo Kennedy, Jessica Amlee.

Productores: Esther García, Gordon McLennan.

Productores ejecutivos: Pedro Almodóvar, Agustín Almodóvar, Ogden Gavanski.

Director de producción: Jordi Torrent.

Argumento: Basado en "Pretending the bed is a raft" de Nanci Kincaid.

Guión: Isabel Coixet.

Director de Fotografía: Jean Claude Larreau.

Cámara: Isabel Coixet.

Música: Alfonso Villalonga.

Montaje: Lisa Jane Robison.

Diseño de producción: Carol Lavalley.

Vestuario: Katia Stano.

Maquillaje: Diana Davidson.

Peluquería: Melanie Burke.

Sonido: Albert Manera, Fabiola Ordoyo.

Ayudante de dirección: Sandra Mayo.

Casting: Heidi Levitt (EE.UU.), Monica Mikkelsen (EE.UU.), Coreen Mayrs (Canadá), Heike Brandstatter - CSA (Canadá).

Formato: 35 mm. Eastmancolor. Panorámico 1:1,85.

Duración original: 108 minutos.

Lugares de rodaje: Columbia Británica (Canadá).

Fechas de rodaje: De 25 de marzo de 2002 a 10 de mayo de 2002.

Espectadores: 562.434

Recaudación: 2.638.181,57 €

Premios:

XII Premios de Cine Hotel Olid Meliá -- Mejor película española.

XVIII Premios Goya 2004 -- Mejor Guión adaptado y Mejor Canción original a "Humans like you" de Chop Suey.

48º Premio Sant Jordi de RNE -- Mejor película española.

Festival Int. de Cine de Berlín -- Premio del Jurado de las Filmotecas Alemanas.

Premio "Ojo Crítico" de Radio Nacional de España.

Festival de Cine Atlántic (Canadá) -- Mejor película canadiense.

Festival Int. de Cine de Mujeres de Burdeos -- Mejor actor -- Scott Speedman.

Premios del Círculo de Escritores Cinematográficos -- Mejor guión adaptado y Mejor actriz de reparto (Leonor Watling).

Premios Cien de Cine -- Premio del Público a la mejor película nacional y Galardón a la mejor directora.

Premios de cine "San Pancraccio" -- Mejor actriz -- Leonor Watling.

Premios Barcelona -- Mejor película y mejor dirección.

Premios Butaca de Teatro y Cine de Cataluña -- Mejor película.

Sinopsis

Ann tiene veintitrés años, dos hijas, un marido que pasa más tiempo en paro que trabajando, una madre que odia al mundo, un padre que lleva diez años en la cárcel, un trabajo como limpiadora nocturna en una universidad a la que nunca podrá asistir durante el día... Vive en una caravana en el jardín de su madre, a las afueras de Vancouver. Esta existencia gris cambia completamente cuando su médico le dice que sólo le quedan un par de meses de vida. Decide mantenerlo en secreto y no decírselo ni siquiera a su marido. Desde ese momento hace una lista con las cosas que le gustaría hacer antes de morir e intentará vivir lo que le queda con la mayor pasión posible. De esta forma llegará a desarrollar un amor por la vida que nunca había experimentado.



PLANTA 4ª

Ficha técnica

Dirigida por: Antonio Mercero, 2002.

Calificación: Todos los públicos.

Nacionalidad: Española.

Género: Tragicomedia.

Fecha de estreno: 24 de octubre de 2003.

Productora: Bocaboca Producciones, S.L.

Con la participación de: TVE, S.A. CANAL+.

Intérpretes: Juan José Ballesta (Miguel Ángel), Luis Ángel Priego (Izan), Gorka Moreno (Dani), Alejandro Zafra (Jorge), Marco Martínez (Francis), Marcos Cedillo (Pepino), Maite Jauregui (Gloria), Diana Palazón (Enfermera Esther), Estopa.

Productor: César Benítez.

Productor ejecutivo: César Benítez.

Director de producción: Emilio A. Pina.

Argumento: Basado en la obra teatral "Los Pelones" de Albert Espinosa.

Guión: Antonio Mercero, Albert Espinosa, Ignacio del Moral.

Director de Fotografía: Raúl Pérez Fogón.

Steadicam: Arturo Aldegunde.

Música: Manuel Villalta.

Montaje: José María Biurrun.

Dirección artística: Carlos de Dorremocha.

Vestuario: Ariela Labra.

Maquillaje: José Quetglas.

Peluquería: María Nieves Sánchez.

Sonido directo: Iván Marín.

Ayudante de dirección: Luis Oliveros.

Casting: Carmen Utrilla.

Efectos especiales: Reyes Abades.

Efectos digitales: S.A Molinare.

Maestro de Armas: Miguel Pedregosa.

Formato: 35 mm. Eastmancolor. Panorámico 1:1,85.

Duración original: 101 minutos.

Lugares de rodaje: Comunidad de Madrid.

Fechas de rodaje: De 28 de enero de 2002 a 22 de marzo de 2002.

Espectadores: 1.143.301

Recaudación: 5.388.230,87 €

Premios

VI Festival de Málaga -- Mención especial a los jóvenes actores de Planta 4ª.

Festival de Montreal 2003 (Canadá) -- Premio Air Canadá del Público y Mejor director.

XII Premios El Mundo al Cine Vasco -- Mejor guión original.

Festival de cine uruguayo "Un Cine de Punta" -- Premio del Público.

Sinopsis

Miguel Ángel, Izan, Dani y Jorge, son un grupo de adolescentes que logran con su alegría desafiar el desprecio del destino y hacer soportable su convalecencia en la planta de traumatología de un hospital. "Los Pelones" descubren en este contexto la importancia de la amistad y de la pertenencia a un grupo. Pero frente a las reafirmaciones colectivas, está la identidad de cada uno reaccionando a su situación: la soledad pretendidamente autosuficiente de Miguel Ángel, el temor de Jorge al diagnóstico, los recuerdos imborrables de Izan, las inquietudes emocionales de Dani... El humor es la fuerza vital que emplean "Los Pelones" para alterar su suerte.



MAR ADENTRO

Ficha técnica

Dirigida por: Alejandro Amenábar, 2004.

Calificación: No recom. menores de 13 años.

Nacionalidad: Española.

Países participantes: España, Francia, Italia.

Género: Drama.

Fecha de estreno: 3 de septiembre de 2004.

Productoras: Sociedad General de Cine, S.A. (Sogecine), Himenóptero, S.L.

Ugc Images (Francia) Eyescreen S.R.L. (Italia).

Con la participación de: TVE, S.A. CANAL+ España Tvg Televisión de Galicia
Filmanova Invest.

Intérpretes: Javier Bardem (Ramón Sampedro), Belén Rueda (Julia), Lola Dueñas (Rosa), Mabel Rivera (Manuela), Celso Bugallo (José), Clara Segura (Gené), Joan Dalmáu (Joaquín), Alberto Jiménez (Germán), Francesc Garrido (Marc), Tamar Novas (Javi), José María Pou (Padre Francisco), Alberto Amarilla (Hermano Andrés).

Productores: Fernando Bovaira, Alejandro Amenábar.

Director de producción: Emiliano Otegui.

Jefe de Producción: José Antonio García Tapia.

Guión: Alejandro Amenábar, Mateo Gil.

Director de Fotografía: Javier Aguirresarobe A.E.C.

Cámara: Josu Inchaustegui.

Música: Alejandro Amenábar con la participación especial de Carlos Núñez.

Montaje: Alejandro Amenábar.

Vestuario: Sonia Grande.

Maquillaje: Ana López-Puigcerver , Jo Allen (Diseño de maquillaje especial).

Efectos especiales de maquillaje: DDT.

Peluquería: Mara Collazo, Manolo García.

Sonido: Ricardo Steinberg.

Ayudante de dirección: Walter Prieto.

Casting: Luís San Narciso.

Efectos especiales: Raúl Romanillos, Pau Costa, EFE-X.

Efectos digitales: MOLINARE.

Productor musical: Lucio Godoy.

Formato: 35 mm. Eastmancolor. Scope 1:2,35.

Duración original: 131 minutos.

Lugares de rodaje: Galicia, Madrid, Barcelona.

Fechas de rodaje: De 13 de octubre de 2003 a 20 de diciembre de 2003.

Espectadores: 4.099.442

Recaudación: 19.837.472,83 €

Premios

Oscar 2005 a la mejor película de habla no inglesa.

Premio Fotogramas de Plata a la Mejor Película Española de 2004.

Festival de Cine de Venecia 2004 (Italia) -- León de Plata (Gran premio del Jurado), Copa Volpi a Javier Bardem (mejor interpretación masculina) y Premio Young Cinema a Alejandro Amenábar.

Premios Europeos de Cine 2004 (Barcelona) -- Mejor director y mejor actor (Javier Bardem).

Hollywood Film Festival (EE.UU.) -- Hollywood European Award.

National Board of Review (EE.UU.) -- Premio NBR a la mejor película de habla no inglesa.

Premios Ondas -- Premio Cinemanía al acontecimiento cinematográfico del año.

Hollywood Foreign Press Association (EE.UU.) -- Globo de Oro a la mejor película extranjera.

Premios Goya 2004 -- Mejor película, Mejor director, Mejor actor (Javier Bardem), Mejor actriz (Lola Dueñas), Mejor actor de reparto (Celso Bugallo), Mejor actriz de reparto (Mabel Rivera), Mejor actor revelación (Tamar Novas), Mejor actriz revelación (Belén Rueda), Mejor guión original (Mateo Gil y Alejandro Amenábar), Mejor dirección de producción (Emiliano Otegui), Mejor fotografía (Javier Aguirresarobe), Mejor música original (Alejandro Amenábar), Mejor maquillaje y peluquería (Joan Allen, Ana López Puigcerber, Mara Collazo y Manolo García) y Mejor sonido (R. Steinberg, A. Raposo, J. Ferro y M. Steinberg).

International Press Academy Golden Satellite Awards (EE.UU.) -- Mejor película extranjera.

San Diego Film Critics Society Awards (EE.UU.) -- Mejor película de habla no inglesa.

Broadcast Film Critics Association Awards (EE.UU.) -- Mejor película de habla no inglesa.

XXI Festival Internacional de Cine de Alejandría (Egipto) -- Mejor película, mejor director y mejor actor (Javier Bardem).

XIV Premios Turia 2005 -- Premio votación Lectores de Turia.

Expocine 2005 -- Premio a la película española más taquillera de 2004.

I Festival de Cine Europeo Vinos de Castilla La Mancha, La Solana -- Premio Jesús Onsurbe a la película española más taquillera de 2004.

Sinopsis

Ramón lleva casi treinta años postrado en una cama al cuidado de su familia. Su única ventana al mundo es la de su habitación, junto al mar por el que tanto viajó y donde sufrió el accidente que interrumpió su juventud. Desde entonces, su único deseo es terminar con su vida dignamente. La llegada de dos mujeres alterará su mundo: Julia, la abogada que quiere apoyar su lucha y Rosa, una vecina del pueblo que intentará convencerle de que vivir merece la pena. La luminosa personalidad de Ramón termina por cautivar a ambas, que tendrán que cuestionar como nunca antes los principios que rigen sus vidas. Él sabe que sólo la persona que de verdad le ame será la que le ayude a realizar ese último viaje.



PARA QUE NO ME OLVIDES

Ficha técnica

Dirigida por: Patricia Ferreira, 2005.

Calificación: No recom. menores de 13 años.

Nacionalidad: Española.

Género: Drama.

Fecha de estreno: 18 de febrero de 2005.

Productoras: Continental Producciones, S.A, Televisión de Galicia, S.A, TVG.

Con la participación de: TVE, S.A. CANAL+ ESPAÑA.

Intérpretes: Fernando Fernán-Gómez (Mateo), Emma Vilarasau (Irene), Marta Etura (Clara), Roger Coma (David), Mónica García (Ana), Víctor Mosqueira (Antonio).

Productor: Pancho Casal.

Productores ejecutivos: Gerardo Herrero, Mariela Besuievsky.

Productor asociado: Carmen de Miguel.

Director de producción: Josean Gómez.

Guión: Patricia Ferreira, Virginia Yagüe.

Director de Fotografía: Marcelo Camerino.

Montaje: Carmen Frías.

Dirección artística: Félix Murcia, Federico G. Cambero.

Vestuario: Bina Daigeler.

Maquillaje: Karmele Soler.

Peluquería: Itziar Arrieta.

Sonido: Marc Van der Willigen , Wildtrack , José Antonio Bermúdez.

Formato: 35 mm. Color. Panorámico 1:1,85.

Duración original: 107 minutos.

Lugares de rodaje: Madrid, Galicia.

Fechas de rodaje: De 2 de febrero de 2004 a 27 de marzo de 2004.

Espectadores: 81.046

Recaudación: 413.433,58 €

Sinopsis

Irene vive con su hijo, David, un joven estudiante de arquitectura, y con su padre, Mateo, un anciano vitalista a pesar de su trágica historia: Mateo era casi un niño durante la Guerra Civil y en la represión posterior a la contienda perdió su casa y a toda su familia. David ha encontrado a Clara, o Clara lo ha encontrado a él, en el hipermercado cercano del que ella es cajera, y entre ellos ha surgido no sólo el amor sino también la comprensión, la complicidad. Hijo único de un matrimonio separado, David no puede evitar la hostilidad de su madre hacia una relación que ella cree que no le conviene, que pone en peligro su futuro personal y profesional. Irene se entrega a su labor de dirección de un grupo teatral de invidentes, pero en casa ve abrirse una falla que no sabe cómo superar. El engarce de todos ellos es Mateo, quizá por su edad, por su experiencia o su bonhomía. Se pensaría que está alejado del mundo, pero sólo porque ese mundo es mucho más amplio de lo que parece y en él ocupa un lugar esencial la recuperación de la dignidad de aquellos que fueron pisoteados por una guerra infame y un régimen implacable. Ésas son sus vidas, cercanas y reconocibles. Hasta que un día un hecho inesperado las pondrá decisivamente a prueba y tendrán que aprender a vivir de nuevo descubriendo cada uno de ellos lo que no sabía de los demás.



TU VIDA EN 65 MINUTOS

Ficha técnica

Dirigida por: Maria Ripoll, 2006.

Calificación: No recom. menores de 13 años.

Nacionalidad: Española.

Género: Drama.

Productora: Messidor Films, S.L.

Intérpretes: Javier Pereira, Marc Rodríguez, Nuria Gago Roca, Oriol Vila.

Guión: Albert Espinosa.

Formato: 35 mm.

Duración original: 96 minutos.

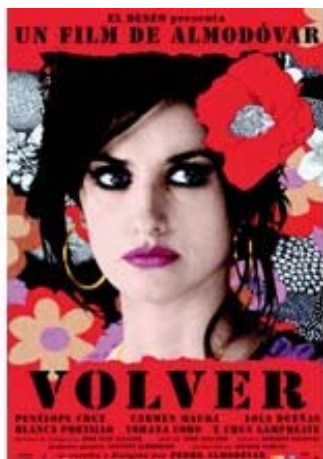
Fechas de rodaje: De 20 de abril de 2005 a 30 de mayo de 2005.

Espectadores: 80.756.

Recaudación: 435.548,22 €

Sinopsis

Un domingo cualquiera, tres jóvenes amigos leen la esquila de quien suponen es un compañero del colegio al que hace tiempo perdieron la pista. Acuden al tanatorio y se dan cuenta que se han equivocado y que aquel entierro no es de su compañero de escuela. A partir de aquí la confusión y el azar tejen una historia de amistad, de amor y de muerte.



VOLVER

Ficha técnica

Dirigida por: Pedro Almodóvar, 2006.

Calificación: No recom. menores de 13 años.

Nacionalidad: Española.

Países participantes: España.

Género: Comedia Dramática.

Fecha de estreno: 17 de marzo de 2006.

Guión: Pedro Almodóvar.

Director de Fotografía: José Luis Alcaine.

Música: Alberto Iglesias.

Montaje: Pepe Salcedo.

Formato: 35 mm. Color.

Duración original: 125 minutos.

Lugares de rodaje: Madrid.

Fechas de rodaje: De 18 de julio de 2005 a 18 de octubre de 2005.

Productora: EL DESEO D.A., S.L.

Intérpretes: Penélope Cruz (Raimunda), Carmen Maura (Abuela Irene), Lola Dueñas (Sole), Blanca Portillo (Agustina), Yohana Cobo (Paula), Chus Lampreave (Tía Paula), María Isabel Díaz (Regina), Neus Sanz, Pepa Aniorte, Yolanda Ramos (Presentadora televisión), Antonio de la Torre (Marido de Raimunda), Carlos Blanco, Leandro Rivera (Barman).

Espectadores: 1.930.003

Recaudación: 10.237.201,26 €

Premios:

59 Festival de Cine de Cannes 2006 (Francia) -- Mejor interpretación femenina (Penélope Cruz, Carmen Maura, Lola Dueñas, Blanca Portillo, Yohana Cobo y Chus Lampreave) y mejor guión.

Premios de la Academia de Cine Europeo 2006 (Varsovia) -- Mejor director, Mejor interpretación femenina (Penélope Cruz), Premio del Público a la Mejor Película, Mejor director de fotografía, y Mejor compositor.

Premios Goya 2007 -- Mejor película, mejor director, mejor actriz protagonista (Penélope Cruz), mejor actriz de reparto (Carmen Maura), mejor música original.

Sinopsis

Tres generaciones de mujeres sobreviven al viento solano, al fuego, a la locura, a la superstición e incluso a la muerte a base de bondad, mentiras y una vitalidad sin límites. Ellas son Raimunda casada con un obrero en paro y una hija adolescente. Sole, su hermana, se gana la vida como peluquera. Y la madre de ambas, muerta en un incendio, junto a su marido. Este personaje se aparece primero a su hermana y después a Sole, aunque con quien dejó importantes asuntos pendientes fue con Raimunda y con su vecina del pueblo, Agustina. "Volver" no es una comedia surrealista, aunque en ocasiones lo parezca. Vivos y muertos conviven sin estridencias, provocando situaciones hilarantes o de una emoción intensa y genuina. Es una película sobre la cultura de la muerte en mi Mancha natal. Mis paisanos la viven con una naturalidad admirable. El modo en que los muertos continúan presentes en sus vidas, la riqueza y humanidad de sus ritos hace que los muertos no mueran nunca. "Volver" destruye los tópicos de la España negra y propone una España tan real como opuesta. Una España blanca, espontánea, divertida, intrépida, solidaria y justa.



LAS ALAS DE LA VIDA

Ficha técnica

Dirigida por: Antonio Pérez Canet, 2006.

Calificación: No recom. menores de 7 años.

Nacionalidad: Española.

Género: Documental.

Productora: Antonio Pérez Canet.

Intérpretes: Carlos Cristos, Carmen Font, Omar Karpyza, Antoni Canet, Carmen Santos.

Producción ejecutiva: Enric Alcina y Antoni P. Canet.

Guión: Jorge Goldenberg, Carmen Font, Francesc Hernández, Xavi Garcia-Raffi, Carmen Santos, María Tomás y Antoni P. Canet.

Fotografía: Alejandro Plá.

Música: Carlos Cristos y Enric Murillo.

Montaje: J. Carlos Arroyo.

Sonido: Francesc Vidal.

Diseño gráfico: Manuel Boix.

Asistencia Dirección: Enrique Navarro.

Formato: 35 mm.

Duración original: 94 minutos.

Fechas de rodaje: De 20 de mayo de 2003 a 4 de septiembre de 2006.

Espectadores: 10.363

Recaudación: 51.941,22 €

Sinopsis

El médico Carlos Cristos, que a sus 47 años padece una enfermedad terminal, llama a un amigo, director de cine, para que filme su lucha por la dignidad en el vivir y en el morir y, sin dramatismo y “si es posible con una sonrisa”, transitar juntos por el complejo escenario creado entre los umbrales de la vida y la muerte.



LA TORRE DE SUSO

Ficha técnica

Dirigida por: Tom Fernández, 2007.

Calificación: No recom. menores de 13 años.

Nacionalidad: Española.

Género: Comedia.

Fecha de estreno: 17 de septiembre de 2007.

Productora: MEDIAPRODUCCIÓN, S.L.

Intérpretes: Javier Cámara, Malena Alterio, Gonzalo De Castro, Fanny Gautier, Emilio Gutiérrez-Caba, Mariana Cordero.

Productor: Jaume Roures.

Guión: Tom Fernández.

Director de Fotografía: Carlos Suárez.

Música: Javier Tejedor, José Manuel Tejedor.

Duración original: 98 minutos.

Lugares de rodaje: Asturias.

Espectadores: 282.383

Recaudación: 1.593.789,93 €

Sinopsis

Cundo regresa a su tierra después de diez años de ausencia. El motivo es la muerte de su mejor amigo, Suso. Los planes de Cundo son emborracharse con el resto de sus viejos amigos a la salud de Suso, aparentar que todo le va de maravilla y salir corriendo de allí otra vez. Pero ni las cosas le van tan bien, ni Suso se va a conformar con una borrachera.



EL CLUB DE LOS SUICIDAS

Ficha técnica

Dirigida Por: Roberto Santiago, 2007.

Calificación: No recom. menores de 13 años.

Nacionalidad: Española.

Género: Comedia.

Fecha de Estreno: 23 de Agosto de 2007.

Productora: TORNASOL FILMS, S.A.

Intérpretes: Fernando Tejero (Antonio), Lucía Jiménez (Ana), Luis Callejo (Manuel), Juanma Cifuentes (Javi), Cristina Alcázar (María José), Clara Lago (Laura), Joan Dalmau (Pedro), Alberto Jo Lee (Tsu Wen).

Productores: Gerardo Herrero, Javier López Blanco, Mariela Besuievsky.

Productor Ejecutivo: Mariela Besuievsky.

Argumento: Basada libremente en el relato "El Club de los Suicidas" de Robert Louis Stevenson.

Guión: Curro Royo, Juan Vicente Pozuelo, Roberto Santiago.

Director de Fotografía: Juan Antonio Castaño (A.E.C.).

Música: Lucio Godoy.

Duración original: 104 minutos.

Espectadores: 262.881

Recaudación: 1.427.381,30 €

Sinopsis

Comedia negra que cuenta las aventuras de un grupo de hombres y mujeres que se conocen en una terapia de la seguridad social para suicidas. Todos los personajes de la película han intentado acabar con sus vidas por diferentes motivos y todos han fracasado en el intento. Todo cambia al caer en sus manos una vieja edición de la novela El club de los suicidas, de Robert Louis Stevenson. Y deciden crear ellos su propio club secreto, cuyo objetivo es muy sencillo: matarse los unos a los otros. Se reúnen una noche a la semana. Y juegan a las cartas. El que gana debe morir. Y el que pierde debe matarle en el plazo de siete días. Entonces será cuando descubran que matar a otra persona es aún más complicado que intentar suicidarse.



BAJO LAS ESTRELLAS

Ficha técnica

Dirigida por: Félix Viscarret, 2007.

Calificación: No recom. menores de 13 años.

Nacionalidad: Española.

Género: Drama.

Fecha de estreno: 7 de junio de 2007.

Productora: Fernando Trueba P.C. S.A.

Intérpretes: Alberto San Juan (Benito), Emma Suárez (Nines), Julián Villagrán (Lalo), Violeta Rodríguez (Ainara), Luz Valdenebro (Pauli), Amparo Valle (Tía Encarna / Aunt Encarna).

Productor: Fernando Trueba.

Productor ejecutivo: Cristina Huete.

Director de Producción: Angélica Huete.

Argumento: Basada en la obra "El trompetista del Utopía" de Fernando Aramburu. Editada por Tusquets Editores.

Guión: Félix Viscarret.

Director de Fotografía: Álvaro Gutiérrez.

Música: Mikel Salas.

Montaje: Ángel Hernández Zoido.

Dirección Artística: Gustavo Ramírez.

Vestuario: Laura Renau.

Maquillaje: Concha Martí.

Sonido: Licio Marcos.

Montaje de Sonido: Pelayo Gutiérrez.

Duración original: 108 minutos.

Lugares de rodaje: Madrid.

Espectadores: 196.613

Recaudación: 1.079.762,74 €

Premios:

10 Festival de Cine de Málaga 07 Cine Español -- Biznaga de Oro a la mejor película, Biznaga de Plata a la mejor dirección, Biznaga de Plata al mejor actor (Alberto San Juan) y Premio "Alma" al mejor guionista novel.

XXII Premios Goya 2008 -- Mejor guión adaptado y actor protagonista (Alberto San Juan).

Sinopsis

Cuando Benito Lacunza -camarero holgazán aspirante a músico de jazz- tiene que volver por unos días a Estella por la inminente muerte del padre, su pueblo natal, descubre con sorpresa que su hermano Lalo, un santurrón aficionado a hacer esculturas con chatarra, se ha echado novia. Benito la conoce de sus juergas adolescentes: es Nines, una madre soltera castigada por la vida. Benito se propone impedir que Lalo caiga en semejante trampa, pero sus planes se derrumban cuando conoce a la hija de Nines, Ainara, una niña introvertida, rebelde y fumadora precoz, con quien Benito entabla una insólita amistad. Cuando las cosas se tuercen para esta peculiar familia, Benito decidirá por primera vez en su vida tomar las riendas para ayudar, al menos a su estilo, a todas las personas a las que quiere.



LA SOLEDAD

Ficha técnica

Dirigida por: Jaime Rosales, 2007.

Calificación: No recom. menores de 13 años.

Nacionalidad: Española.

Género: Drama.

Fecha de estreno: 29 de mayo de 2007.

Productoras: Fresdeval Films, S.L., Wanda Visión, S.A., In Vitro Films, S.A.

Intérpretes: Sonia Almarcha (Adela), Petra Martínez (Antonia), Miriam Correa (Inés), Nuria Mencia (Nieves), María Bazán (Helena), Jesús Cracio (Manolo), Luis Villanueva (Carlos), Luis Bermejo (Alberto), Juan Margallo (Padre), José Luis Torrijo (Pedro), Carmen Gutiérrez (Miriam).

Productores: José María Morales, Jaime Rosales, Ricard Figueras.

Productor Ejecutivo: María José Diez.

Jefe de Producción: Ane Arteaga.

Guión: Enric Rufas I Bou, Jaime Rosales.

Director de Fotografía: Óscar Durán.

Cámara: Óscar Durán, Almudena Sánchez.

Montaje: Nino Martínez Sosa.

Dirección Artística: Ion Arretxe.

Vestuario: Eva Arretxe, Asun Arretxe.

Maquillaje: Rosa Ferre.

Peluquería: Rosa Ferre.

Sonido Directo: Eva Valiño.

Montaje de Sonido: Pelayo Gutiérrez, Nacho Royo-Villanova.

Mezclas: Carlos Garrido.

Ayudante de Dirección: Javier Petit.

Casting: Sara Bilbatúa.

Coordinación de Postproducción: Bárbara Diez.

Duración original: 131 minutos.

Lugares de rodaje: Madrid y Burgos.

Espectadores: 125.793

Recaudación: 684.662,13 €

Premios:

XXII **Premios Goya** 2008 -- Mejor película, mejor director y mejor actor revelación (José Luis Torrijo).

Fotogramas de Plata -- Mejor película española del 2007.

Premios Sant Jordi de RNE -- Mejor película española.

Festival de Cine de Goteborg (Suecia) -- Premio Ingmar Bergman.

Premios CEC -- Mejor director.

Premios Unión de Actores -- Mejores actriz protagonista (Petra Martínez) y mejor actriz revelación (Sonia Almarcha).

Sinopsis

Adela, una joven separada y con un hijo de un año de edad, deja atrás la vida que lleva en su pequeño pueblo natal al norte de León y se traslada a Madrid. Para salir adelante se busca un trabajo de azafata y se muda a un apartamento junto a Carlos e Inés. Los tres se llevan muy bien en seguida, compartiendo comidas, dudas y ratos de ocio. Adela no ha tenido grandes dificultades para adaptarse a la vida urbana, a pesar de que el padre de Miguelito no le ayuda demasiado económicamente. Un atentado terrorista, mientras viaja en autobús, dejará su vida hecha añicos. A partir de ese momento, deberá encontrar la fuerza para regresar a una vida normal.



CAMINO

Ficha técnica

Dirigida por: Javier Fesser, 2008.

Calificación: No recom. menores de 13 años.

Nacionalidad: Española.

Género: Drama.

Fecha de estreno: 26 de septiembre de 2008.

Productoras: MEDIAPRODUCCIÓN S.L., Películas Pendelton, S.A.

Intérpretes: Nerea Camacho (Camino), Carme Elias (Gloria), Mariano Venancio (José), Manuela Vellés (Nuria), Ana Gracia (Inés), Lola Casamayor (Tía Marita), Lucas Manzano (Cuco), Pepe Ocio (Don Miguel Ángel), Claudia Otero (Begoña), Jordi Dauder (Don Luis), Emilio Gavira (Mr. Meebles), Miriam Raya (Elena).

Productores: Luis Manso, Jaume Roures.

Productores Ejecutivos: Luis Manso, Javier Méndez.

Director de Producción: Marina Ortiz Lenoir-Grand.

Guión: Javier Fesser.

Director de Fotografía: Alex Catalán A.E.C.

Música: Rafa Arnau, Mario Gosálvez.

Montaje: Javier Fesser.

Dirección Artística: César Macarrón.

Vestuario: Tatiana Hernández.

Maquillaje: Almudena Fonseca.

Peluquería: Martha Marín.

Sonido Directo: José M^a Bloch.

Montaje de Sonido: James Muñoz.

Efectos Especiales: Raúl Romanillos, Efe-X.

Efectos Digitales: Ferrán Piquer (Supervisión).

Postproducción y etalonaje digital: MOLINARE.

Duración original: 143 minutos.

Espectadores: 308.176

Recaudación: 1.746.508,04 €

Premios:

Premios Goya 2009 -- Mejor película, director, guión original, actriz (Carme Elías), actor de reparto (Jordi Dauder) y actriz revelación (Nerea Camacho).

Sinopsis

Pamplona, junio de 2001. Camino, una preciosa y dulce niña de once años, vive sus últimos momentos en la habitación de un hospital. Rodeada de familiares, amigos, sacerdotes y un número inusitado de personal clínico, da a todos un casi sobrenatural ejemplo de muerte serena y feliz. En una atmósfera de santidad y cuando parece que la muerte es ya inevitable, ocurre algo extraordinario en la habitación. Inspirada en hechos reales, CAMINO es una aventura emocional en torno a una extraordinaria niña de once años que se enfrenta al mismo tiempo a dos acontecimientos que son completamente nuevos para ella: enamorarse y morir. CAMINO es, sobre todo, una luz brillante capaz de atravesar todas y cada una de las tenebrosas puertas que se van cerrando ante ella y que pretenden inútilmente sumir en la oscuridad su deseo de vivir, amar y sentirse definitivamente feliz.

APÉNDICE 5. 100 Películas útiles.

Se incluye a continuación un listado de 100 películas consideradas útiles para acercar la bioética a las aulas, tanto en el final de la vida y sus alrededores, en otras enfermedades o sucesos clínicos, el cuidado de enfermos, o en el acercamiento a la muerte en general.

Muerte cercana, ayuda a morir, eutanasia.

1. **Ahora o nunca** (*The Bucket List*). AÑO 2007. DIRECTOR Rob Reiner.

SINOPSIS: Una pareja de enfermos terminales de cáncer, de caracteres y mundos completamente opuestos (Edward Cole -Jack Nicholson- es un engreído millonario mientras que Carter Chambers -Morgan Freeman- es un modesto mecánico), decide hacer un último viaje para poder realizar todas las cosas que desean hacer antes de morir.

2. **Alas rotas**. AÑO 2002. DIRECTOR Carlos Gil.

SINOPSIS: Carlos Ayala es comandante del Ejército del Aire, instructor de la Academia General del Aire y miembro de la conocida Patrulla Águila, escuadrilla acrobática. Sólo hay una cosa que le apasiona y obsesiona: volar. El descubrimiento de un tumor cerebral que le podría apartar de su profesión trunca su vida. Carlos se va derrumbando y se convierte en una sombra de lo que había sido siempre: uno de los comandantes más carismáticos de la base.

3. **Amar la vida**. (*Wit*) (TV). AÑO 2001. DIRECTOR Mike Nichols.

SINOPSIS: Vivian Bearing (Emma Thompson) es una reconocida profesora de un campus universitario que imparte un curso de poesía anglosajona. Un día Vivian descubre que padece un cáncer avanzado de ovario, y que le resta poco tiempo de vida, lo que le impulsa a dar una súbita y dramática importancia al valor de la amabilidad y la compasión.

4. **Amarga victoria**. (*Dark Victory*). AÑO 1939. DIRECTOR Edmund Goulding.

SINOPSIS: Una rica heredera de Long Island descubre que tiene un tumor cerebral y es operada por un experto neurocirujano. A pesar de que la intervención supone todo un éxito, el tumor resulta ser maligno. A partir de entonces la paciente decide disfrutar al máximo de los placeres de la vida.

5. **Condenado a vivir**. (TV). AÑO 2001. DIRECTOR Roberto Bodegas.

SINOPSIS: Cuenta la historia de los últimos días de vida de Ramón Sampedro, el tetraplégico gallego que intentó buscar a través de la justicia una forma digna para morir, pero que no consiguió.

6. **Cosas que importan**. (*One True Thing*). AÑO 1998. DIRECTOR Carl Franklin.

SINOPSIS: Ellen Gulden es una ambiciosa periodista que tan sólo vive para su trabajo. Cuando un día recibe la noticia de que su madre está gravemente enferma, se ve en la obligación de regresar a su pueblo natal. La intensa convivencia con sus padres le permitirá conocerlos a fondo, descubrir aspectos singulares de su pasado y madurar como persona.

7. **Dejad de querermme** (*Deux jours à tuer*). AÑO 2008. DIRECTOR Jean Becker.

SINOPSIS: Antoine, 42 años, publicista, es un hombre de éxito. Está casado con Cécile, es padre de dos hijos, vive en una bonita casa no lejos de París y tiene muy buenas relaciones con los vecinos. Su discreta relación con la guapa Marion no va tan en serio como para perturbar su equilibrada vida. Sin embargo, un día como cualquier otro, su vida cambia. Durante una reunión con un cliente importante, pierde los estribos y, de paso, el proyecto. Su socio le propone que se tome unos días de vacaciones para descansar, pero Antoine está decidido a acabar de una vez por todas y ofrece venderle su parte. De vuelta a casa para el fin de semana, empieza a destruir sistemáticamente lo que ha construido durante años. Ha bastado un fin de semana para que

Antoine, un hombre aparentemente sin problemas, destruya toda su vida. ¿La crisis de los cuarenta? ¿Un ataque de locura?

8. **Derecho a morir.** (*Right To Die*) (TV). AÑO 1987. DIRECTOR Paul Wendkos.

SINOPSIS: Historia de la degeneración física de una profesora de psicología aquejada de ELA, a quien la enfermedad lleva a una incapacidad absoluta para moverse y para respirar o tragar sin ayuda mecánica. Tras una dura lucha contra quienes la rodea y contra sus propias creencias, utiliza sus pocas fuerzas para solicitar que la desconecten las máquinas que la mantiene “viva”.

9. **Después de la boda.** (*Efter brylluppet*). AÑO 2006. DIRECTOR Susanne Bier.

SINOPSIS: Jacob ha dedicado su vida a ayudar a los niños pobres que viven en las calles de India. Cuando el orfanato que él dirige está a punto de cerrar, recibe una extraña oferta. Un hombre de negocios danés, Jorgen, le ofrece cuatro millones de dólares con la condición de que vuelva a Dinamarca y además participe en la boda de su hija. La ceremonia de enlace se convierte en una unión crítica entre el pasado y el futuro, enfrentando a Jacob al dilema más intenso de su vida.

10. **El atardecer.** (*Evening*). AÑO 2007. DIRECTOR Lajos Koltai.

SINOPSIS: Una mujer a punto de morir recuerda el momento de su juventud en el que conoció al amor de su vida. Mientras, sus hijas se enfrentan a la inminente muerte de su madre, pero también a sus propias inquietudes.

11. **El paciente inglés.** (*The English Patient*). AÑO 1996. DIRECTOR Anthony Minghella.

SINOPSIS: Finales de la Segunda Guerra Mundial. Un hombre herido viaja en una caravana por una carretera de Italia, pero su estado es tan grave que se

tiene que quedar en un semidestruido monasterio deshabitado, atendido únicamente por Hana, una enfermera canadiense. Su cuerpo está totalmente quemado a consecuencia de un accidente sufrido en África, pero todavía tiene tiempo para contarle la trágica historia de su vida, cuando trabajó como espía alemán...

12. **El tiempo que queda.** (*Le temps qui reste*). AÑO 2005. DIRECTOR François Ozon.

SINOPSIS: Romain es un fotógrafo de moda de treinta y un años, gay, egocéntrico y arrogante, que descubre que el cáncer ha invadido su cuerpo. La esperanza de recuperación es prácticamente nula y la muerte cuestión de tiempo. Su primera reacción es descargar su ira sobre sus padres, su hermana y, por último, sobre su novio, al que expulsa del piso que comparten. Ninguno de ellos conoce el secreto que explica su conducta. La soledad que siente después le lleva hacia su abuela, primera persona a la que confiesa su enfermedad en un alarde de falta de tacto, al decirle «estás tan cerca de la muerte como yo». La necesidad de tener un hombro en el que apoyarse le lleva a su antiguo novio, que le rechaza.

13. **Gritos y susurros.** (*Viskningar och rop*). AÑO 1972. DIRECTOR Ingmar Bergman.

SINOPSIS: Karin, María y Agnes son tres hermanas que se citan en la vieja mansión familiar, tras ser avisadas por el médico de la próxima muerte de la tercera de ellas. Ahora que parte de la familia se encuentra reunida en la casa que las vio crecer, comienzan a recordar todo lo que han hecho y todo lo que ha pasado en sus respectivas vidas. Mientras, la enferma entra en estado agónico y desvela entre confesiones la parte oscura de cuanto la rodeó.

14. **Johnny cogió su fusil.** (*Johnny Got His Gun*). AÑO 1971. DIRECTOR Dalton Trumbo.

SINOPSIS: Un joven combatiente de la Primera Guerra Mundial se encuentra en un hospital, confinado de por vida, ciego, sordomudo y con las piernas y los brazos amputados a causa de una explosión sucedida durante un bombardeo.

15. **La balada de Narayama.** (*Narayama Bushi-ko*). AÑO 1983. DIRECTOR Shohei Imamura.

SINOPSIS: Era una vieja ley del pueblo, de un tiempo tan lejano que ya nadie lo recordaba; Al alcanzar los 70 los ancianos debían abandonar el pueblo para ir a vivir en la cima de la montaña Narayama. Una sentencia de muerte despiadada que sumía en la tristeza y la desesperación a las familias cuando tenían que enviar a sus mayores a la montaña. Orin tiene 69 años y se acerca el momento de partir hacia la montaña, pero todavía tiene que encontrar una mujer a su hijo.

16. **La caja china.** (*Chinese Box*). AÑO 1997. DIRECTOR Wayne Wang.

SINOPSIS: Hong Kong, nochevieja de 1996. En la todavía colonia británica, donde se entremezcla como en ningún otra ciudad del mundo Oriente y Occidente, comunismo y capitalismo, tradición y modernidad, se celebra la entrada en un año histórico: el que verá el fin del colonialismo en la isla. John (Jeremy Irons) es un periodista británico especializado en finanzas que vive en Hong Kong desde hace 15 años. Está enamorado de Vivian (Gong Li), una antigua prostituta que vive con Chang (Michael Hui), un hombre de negocios que no se casa con ella por su pasado. En medio de esta convulsión vital y social, John recibe la noticia de que tiene leucemia, y del plazo que le queda de vida: entre tres y seis meses, el período en el que Hong Kong pasará a ser soberanía de China.

17. **La casa de mi vida**. (*Life as a House*). AÑO 2001. DIRECTOR Irwin Winkler

SINOPSIS: El sueño del arquitecto de mediana edad George Monroe es construir una casa donde vivir. Pero cuando decide realizar su deseo se encuentra sólo; su mujer se separa de él y su hijo está enganchado a las drogas.

18. **La escafandra y la mariposa**. (*Le scaphandre et le papillon*). AÑO 2007. DIRECTOR Julian Schnabel.

SINOPSIS: Inspirado en la novela "La escafandra y la mariposa" escrita por Jean Dominique Bauby como consecuencia de un accidente en diciembre del 1995 que lo proyectará en el universo del "Locked in Syndrom" (encerrado en sí mismo). Totalmente paralizado, no pudiendo moverse, comer, hablar, ni respirar sin asistencia, el antiguo redactor en jefe de la revista "Elle" dicta entonces letra por letra parpadeando con su párpado izquierdo una especie de carné de viaje inmóvil.

19. **La eternidad y un día**. (*Mia aioniotita kai mia mera*). AÑO 1998. DIRECTOR Theodoros Angelopoulos.

SINOPSIS: Alexander, escritor griego habitante de Tesalónica, tiene unos cuantos días de vida y enfrenta el dilema de morir como un extraño a sí mismo, o bien aprender a amar, a comprometerse y a expresarse con la gente que le es cercana. Tras optar por esta segunda vía, Alexander lee las cartas de Anna, su esposa fallecida, y cierra su casa en la playa. En Salónica, un día lluvioso, encuentra a la primera persona que le ofrece una oportunidad de cumplir su deseo de vida: un niño albanés al que Alexander ayuda a pasar la frontera. Más tarde, cuenta al niño la historia de un poeta griego que vivió desde la infancia en Italia y que, de regreso en Grecia, compraba palabras olvidadas para escribir sus poemas en su lengua natal. El niño de quien Alexander se ha responsabilizado busca para él palabras y se las vende. Para el niño es un juego; para Alexander es la respuesta a su ansia de vivir a profundidad.

20. **La familia Savages**. (*The Savages*). AÑO 2007. DIRECTOR Tamara Jenkins.

SINOPSIS: Dos hermanos, Wendy (Laura Linney) y Jon (Philip Seymour Hoffman), tras vivir años separados, se ven obligados a convivir de nuevo para cuidar de su padre enfermo, Lenny Savage, con el que no se hablaban en los últimos veinte años.

21. **La fuerza del cariño**. (*Terms of Endearment*). AÑO 1983. DIRECTOR James L. Brooks.

SINOPSIS: Aurora (Shirley MacLaine) y Emma (Debra Winger) son una madre y una hija unidas pero que llevan diferentes caminos. Aurora es una viuda de buen corazón, pero temperamental, y Emma es una joven reblede, una chica que se va del hogar para ver cómo es vivir lejos de la persona que más detesta y ama. Por su parte, Aurora tendrá un romance otoñal con un ex-astronauta (Jack Nicholson). A través de los años, madre e hija buscarán diferentes razones para vivir, soportarse y encontrar la felicidad.

22. **La habitación de Marvin**. (*Marvin's Room*). AÑO 1996. DIRECTOR Jerry Zaks.

SINOPSIS: Hace ya muchos años, las vidas de Lee, una mujer ferozmente independiente, y su hermana mayor Bessie se encaminaron en distintas direcciones. Lee partió a Ohio, mientras que Bessie regresó al hogar familiar de Florida para cuidar de su padre Marvin, que yace en cama después de un ataque al corazón.

23. **La suerte de Emma**. (*Emma's Glück*). AÑO 2006. DIRECTOR Sven Taddicken.

SINOPSIS: Max, un mediocre empleado en un concesionario de coches, recibe de pronto la noticia de que padece cáncer terminal de páncreas. Se propone pasar entonces los últimos días de vida en algún paraíso mexicano, pero el azar de un accidente le conduce a una granja de cerdos regentada por Emma,

una muchacha arisca, solitaria y agobiada por las deudas Allí en la granja la joven sacrifica a los cerdos a su manera: los trata con cariño hasta el último día. Pero Emma se siente sola...

24. **Las invasiones bárbaras**. (*Les Invasions barbares*). AÑO 2003.
DIRECTOR Denys Arcand.

SINOPSIS: Un hombre con un cáncer avanzado tiene dificultades para aceptar la realidad de su inminente muerte y encontrar un momento de paz antes del final, especialmente porque lamenta ciertos aspectos de su pasado. Su hijo - con el que se había distanciado-, su ex-mujer, ex-amantes y viejos amigos irán a reunirse con él para compartir sus últimos momentos.

25. **La vida**. (*C'est la vie*). AÑO 2001. DIRECTOR Jean-Pierre Améris.

SINOPSIS: Dimitri llega a La Maison, un lugar destinado a las personas desahuciadas por la medicina. Allí conoce a Suzanne, una voluntaria que se dedica al acompañamiento de enfermos terminales. Esta joven, llena de luz, llena de vida, esconde un gran secreto, una fisura, detrás de una disponibilidad al alcance de todo aquel que la necesite. Él, que ya no esperaba nada de la vida, vivirá en esta casa con más intensidad que nunca. Durante este tiempo, Dimitri y Suzanne se amarán y se ayudarán mutuamente.

26. **Magnolia**. (*Magnolia*). AÑO 1999. DIRECTOR Paul Thomas Anderson.

SINOPSIS: La película sigue de muy cerca nueve tramas paralelas, el punto en común de las cuales es el lugar donde suceden: el Valle de San Fernando. Un niño prodigio, el presentador de un concurso de televisión, un ex-niño prodigio, un moribundo, su hijo perdido, la mujer y el enfermero del moribundo... historias aparentemente independientes con un extraño sentido conjunto.

27. **Mi vida**. (*My Life*). AÑO 1993. DIRECTOR Bruce Joel Rubin.

SINOPSIS: Bob Jones es un ejecutivo de éxito al que la vida le va a poner a prueba. Casado con Gail, la felicidad le llega con la noticia del próximo nacimiento de su primer hijo. Pero la alegría se tornará en tristeza cuando, tras unas pruebas médicas, le comunican que padece una grave enfermedad y que quizá no podrá llegar a conocer a su hijo.

28. **Mi vida es mía**. (*Whose Life is It Anyway?*). AÑO 1981. DIRECTOR John Badham.

SINOPSIS: Ken Harrison, un escultor felizmente casado, tiene un día un accidente de coche en el que queda paralizado del cuello para abajo. A partir de entonces tendrá que aprender a enfrentarse a su nueva y dura situación.

29. **Million Dollar Baby**. (*Million Dollar Baby*). AÑO 2004. DIRECTOR Clint Eastwood.

SINOPSIS: Frankie Dunn ha entrenado y representado a los mejores púgiles durante su dilatada carrera en los cuadriláteros. La lección más importante que ha enseñado a sus boxeadores es el lema que guía su propia vida: por encima de todo, protégete primero a ti mismo. Tras una dolorosa separación de su hija, Frankie ha sido incapaz durante mucho tiempo de acercarse a otra persona. Su único amigo es Scrap, un ex-boxeador que cuida del gimnasio de Frankie y sabe muy bien que tras el arisco exterior de su colega, hay un hombre que acude a misa diariamente desde hace 23 años, buscando una redención que hasta ahora le elude. Entonces, Maggie Fitzgerald aparece un día en su gimnasio. Maggie nunca ha tenido mucho, pero sí posee algo que muy poca gente en el mundo tiene: sabe lo que quiere y está dispuesta a hacer lo que haga falta para conseguirlo. En una vida de lucha constante, Maggie ha llegado hasta donde está apoyándose en su innato talento, impasible concentración y tremenda fuerza de voluntad. Pero más que nada, lo que desea es a alguien que crea en ella. La última cosa que Frankie necesita en este mundo es asumir ese tipo de responsabilidad y no digamos de riesgo. Sin rodeos, le describe a Maggie la amarga realidad: ella es demasiado mayor, y él no entrena a chicas.

Pero la palabra no carece de significado cuando no se tiene elección. Incapaz de abandonar su máxima ambición en esta vida, Maggie se machaca cada día en el gimnasio, con el único apoyo de Scrap. Finalmente, convencido por la inquebrantable determinación de Maggie, Frankie acepta a regañadientes entrenarla.

30. **Pudor**. AÑO 2007. DIRECTOR Tristán Ulloa, David Ulloa.

SINOPSIS: Pudor es una mirada a la intimidad, a los deseos, obsesiones, secretos y miedos que no confesamos ni siquiera a quienes más queremos. Ese pudor conduce a la incomunicación y a la soledad. Los personajes de esta historia son los miembros de una familia de clase media con problemas: un hombre que va a morir, una mujer que recibe anónimos eróticos, un hombre mayor a quien el amor tiende una última oportunidad, una adolescente que intenta superar las dudas que le genera la pubertad y un niño que ve fantasmas. Al igual que en muchas familias, todos los personajes de Pudor, a pesar de vivir juntos están solos.

31. **Quédate a mi lado**. (*Stepmom*). AÑO 1998. DIRECTOR Chris Columbus.

SINOPSIS. Julia Roberts y Susan Sarandon se enfrentan por la complicada tarea de educar a los hijos de familias separadas. Una es la novia actual del padre y la otra la ex-mujer, pero algo hará que tengan que aparcir sus diferencias

32. **Relámpago sobre el agua**. (*Lighting Over Water*). AÑO 1980. DIRECTOR Wim Wenders, Nicholas Ray.

SINOPSIS: Película documental sobre los últimos días de vida del gran director de cine americano Nicholas Ray, conocido por films como "Rebelde sin Causa" o "Johnny Guitar". Muriendo paulatinamente de cáncer, Ray decidió no instalarse en un hospital y prefirió quedarse en su loft de Nueva York, rodeado de sus mejores amigos, una situación muy contrastada comparada con sus lujosos años en Hollywood. Wim Wenders conoció a Nicholas Ray en 1976

durante el rodaje de "El Amigo Americano". "Sabía que quería trabajar, y morir trabajando" dice Wim Wenders en la película. Ray hace referencia a los distintos artistas que aparecieron en sus películas. Gracias a su colaboración con Wenders, Ray convirtió su muerte en una obra de arte.

33. **Su hermano**. (*Son frère*). AÑO 2002. DIRECTOR Patrice Chéreau.

SINOPSIS: Thomas (Bruno Todeschini) se está muriendo. Él lo ha aceptado y decide esperar a la muerte en la costa, en la casa donde pasó su infancia. Su hermano Luc (Eric Caravaca) está cerca de él y la inminente muerte de Thomas le forzará a examinar su propia existencia, el giro rápido e inesperado que ésta debe tomar.

34. **Tapas**. AÑO 2005. DIRECTOR José Corbacho, Juan Cruz.

SINOPSIS: Varias historias se entrelazan en un barrio de la gran ciudad. El miedo a la soledad de Mariano y Conchi, dos jubilados; la esperanza y tristeza de Raquel, mujer de mediana edad que vive su amor vía Internet; la incertidumbre del futuro de César y Opo; o el descubrimiento de Lolo de que hay algo más que su bar a través de su relación con Mao, su nuevo cocinero... la vida de un barrio de trabajadores en este guión lleno de ternura, comedia y amargura.

35. **Tierras de penumbra**. (*Shadowlands*). AÑO 1993. DIRECTOR Richard Attenborough.

SINOPSIS: C.S. Lewis (Anthony Hopkins), profesor de literatura de Oxford, es también un escritor de gran reputación. Soltero, vive con su hermano de forma casi monacal, totalmente desconectado de la vida real, encerrado en su mundo docente y de libros. Un día irrumpe en su vida Joy Gresham (Debra Winger), una poetisa estadounidense admiradora suya que, de viaje por Inglaterra, desea fervientemente conocerle en persona.

36. **Una historia verdadera**. (*The Straight Story*). AÑO 1999. DIRECTOR David Lynch.

SINOPSIS: Alvin Straight (Richard Farnsworth) tiene 73 años, es viudo, vive en Iowa con su hija discapacitada Rose (Sissy Spacek), padece un enfisema, tiene problemas de visión y de cadera y acaba de sufrir un brusco desfallecimiento. El médico le recrimina su mala alimentación y lo poco que cuida su salud. Cuando aún está convaleciente y necesita dos muletas para cualquier desplazamiento, recibe una llamada que alerta del grave estado de salud de Lyle (Harry Dean Stanton), su hermano mayor, con quien no se habla desde hace diez años. Al conocer la noticia, Alvin decide emprender un viaje en solitario hasta Wisconsin, donde vive Lyle, con el único medio de transporte que tiene a su alcance: una segadora.

37. **Vivir**. (*Ikiru*). AÑO 1952. DIRECTOR Akira Kurosawa.

SINOPSIS: Kanji Watanabe es un veterano funcionario de la administración, de vida monótona y gris, que no es consciente de que su existencia es rutinaria y vacía hasta el momento en que conoce que está sentenciado a muerte por un cáncer. Con la certeza de la proximidad de que el fin de sus días se acerca, emerge en él la necesidad de buscar un sentido a su vida, por lo que ésta adquiere un nuevo valor y se produce un cambio radical en la actitud que, hasta ahora, había mantenido respecto de su trabajo y las personas que le rodean.

38. **Volver a empezar**. AÑO 1982. DIRECTOR José Luis Garci.

SINOPSIS: Es el año 1981. El famoso escritor Antonio Miguel Albajara (Antonio Ferrandis) llega a Gijón, su ciudad natal, procedente de Estocolmo, donde acaba de recibir el premio Nobel de literatura. Durante cuarenta años, Albajara ha sido profesor de Literatura Medieval en la prestigiosa Universidad de Berkeley, California. Allí ha alternado su labor docente con la producción literaria que le ha dado fama mundial.

Suicidio

39. **El regalo de Silvia**. AÑO 2003. DIRECTOR Dionisio Pérez Galindo.

SINOPSIS: Silvia es una adolescente que ha tomado la decisión más importante de su corta existencia: quitarse la vida para donar sus órganos. Antes de hacerlo, deja claro su deseo en el vídeo diario en el que ha grabado sus confesiones más íntimas durante el último año. De esta manera, tres personas anónimas reciben los órganos de Silvia. Carlos, un hombre de mediana edad con un incierto futuro laboral y una familia a su cargo, es receptor del corazón. A Inés, una joven ciega de nacimiento, le transplantan sus córneas. Y Mateo, otro joven que vive en el límite de la ciudad, y también de la ley, recibe el hígado de Silvia. Para todos ellos, el fin de la vida de Silvia supone el nuevo comienzo de la suya. Y todos ellos, tomarán las pequeñas y grandes decisiones que marcarán su futuro. Pero, ¿Qué le llevó a Silvia a tomar esta decisión? ¿Por qué esa era la solución que tanto ansiaba, la explicación a su existencia, su liberación? Visionando su vídeo-diario, al tiempo que vemos el fluir cotidiano de las vidas de Inés, Mateo y Carlos después del transplante, vamos encontrando las respuestas. Respuestas que se abren camino a través de una segunda oportunidad.

40. **El sabor de las cerezas**. (*Ta'm e guilass*). AÑO 1997. DIRECTOR Abbas Kiarostami.

SINOPSIS: Historia de un hombre de mediana edad desesperado que decide suicidarse. Su única preocupación es la de encontrar a alguien que le ayude y se comprometa a enterrarlo si tiene éxito, lo que le permite conocer a una gran variedad de personajes.

41. **Lágrimas negras**. AÑO 1999. DIRECTOR Ricardo Franco, Fernando Bauluz.

SINOPSIS: Después de dejar a su novia, Andrés, de vuelta a su casa, es atracado por dos mujeres. Cuando tiempo después encuentra a Isabel, una de

las atracadoras, su obsesión por esta joven desequilibrada de familia acomodada provocará un giro inesperado en su vida que le conducirá a abandonar todo cuanto posee.

42. **Las horas**. (*The Hours*). AÑO 2002. DIRECTOR Stephen Daldry.

SINOPSIS: Historia de 3 mujeres a la búsqueda de un sentido en sus vidas. Cada una de ellas vive en una época diferente, pero las tres están unidas por sus anhelos y sus miedos. Virginia Woolf, en un suburbio de Londres a principio de los años veinte, lucha contra su locura mientras empieza a escribir su primera gran novela, "Mrs. Dalloway". Larua Brown, una esposa y madre de Los Ángeles a finales de la Segunda Guerra Mundial, lee "Mrs. Dalloway" y la encuentra tan reveladora que empieza a considerar un cambio radical en su vida. Clarissa Vaughan, una versión contemporánea de "Mrs. Dalloway", vive en la actualidad en la ciudad de Nueva York, y está enamorada de su amigo Richard, un brillante poeta enfermo de SIDA.

43. **Qué bello es vivir**. (*It's a Wonderful Life*). AÑO 1946. DIRECTOR Frank Capra.

SINOPSIS: En plenas fechas navideñas, George Bailey (James Stewart), un honrado y modesto ciudadano que siempre ha ayudado a sus vecinos, intenta suicidarse para evitar el escándalo que se va a producir debido a la desaparición de una importante suma de dinero. George cree que nada podrá hacer para que todo acabe en manos del ávaro banquero Henry F. Potter (Lionel Barrymore), y que quitándose la vida aliviará no sólo su sufrimiento sino el de su querida esposa Mary (Donna Reed) y familia. Pero en el último momento Bailey es salvado por Clarence (Henry Travers), su viejo ángel de la guarda...

44. **Wilbur se quiere suicidar.** (*Wilbur begår selvmord*). AÑO 2002.

DIRECTOR Lone Scherfig.

SINOPSIS: Wilbur (Jamie Sives) quiere suicidarse, pero no lo consigue. A pesar de su singular magnetismo, especialmente con las mujeres, su ingenio y encanto no bastan para compensar su pesimismo. Mientras Wilbur está desencantado de la vida, Harbour (Adrian Rawlins), su hermano menor, es un optimista irreductible cuyo principal objetivo consiste en procurarle a Wilbur la felicidad. Esta excéntrica pareja de hermanos treintañeros vive en Glasgow, donde han heredado una destartalada librería, único recuerdo que les ha dejado su padre, recientemente fallecido. Tras un nuevo intento de suicidio, y tras aparecer en las vidas de los dos hermanos Alice (Shirley Henderson), una mujer tímida pero intensa, Harbour convence a Wilbur para que se vaya a vivir con él en el apartamento que hay encima de la tienda. Harbour piensa que una novia ayudaría a mejorar el estado de ánimo de su hermano, idea compartida por el psicólogo del hospital, el cínico Horst (Mads Mikkelsen), y defendida con entusiasmo por la comprensiva enfermera jefe Moira (Julia Davis), que quizás alberga la esperanza de ser la elegida.

Duelo

45. **Alas de mariposa**. AÑO 1991. DIRECTOR Juanma Bajo Ulloa.

SINOPSIS: Un matrimonio norteno de baja extracción social suspira por tener un hijo pero el destino les da una niña. Poco después nace el ansiado varón, pero un hecho terrible ocurrirá, a consecuencia del cual madre e hija no se hablarán durante quince años.

46. **Azul**. (*Trois couleurs: Blue*). AÑO 1993. DIRECTOR Krzysztof Kieslowski.

SINOPSIS: En un accidente de coche, Julie pierde a su esposo Patrice, un prestigioso compositor, y a la hija de ambos, Anna. Al recuperarse de sus lesiones, Julie decide comenzar una nueva vida, independiente, solitaria y anónima, alejada de los privilegios que antes disfrutaba. En su propósito se cruza Sandrine, una periodista especializada en música que la persigue intentando probar que era Julie quien componía las piezas que hicieron famoso a su marido. También pretenderá entrar en su vida Olivier, el ayudante de Patrice, enamorado de Julie desde muchos años atrás, que la convence para terminar el «Concierto para Europa», una ambiciosa obra inacabada del músico.

47. **Caminando** (*Aruitemo, Aruitemo*) (*Still Walking*). AÑO 2008. DIRECTOR Hirokazu Koreeda.

SINOPSIS: La película presenta un drama familiar y transcurre en un día de verano, en el que unos hijos ya adultos visitan a sus ancianos padres, que han vivido durante décadas en la residencia familiar. El hijo y la hija vuelven, junto con sus respectivas familias, para una reunión inusual, con el fin de conmemorar la trágica muerte del hijo mayor, que falleció en accidente quince años atrás. Aunque el caserón y el menú de la madre apenas hayan cambiado con el paso de los años, se aprecian ligeros cambios en cada miembro de la familia. Se trata de una típica familia, donde reinan el amor, los rencores y los secretos.

48. **Cerezos en flor**. (*Kirschblüten - Hanami*). AÑO 2008. DIRECTOR Doris Dörrie.

SINOPSIS: Trudi es la única que sabe que su marido Rudi está gravemente enfermo de cáncer. Siguiendo el consejo de su médico, deciden hacer un último viaje juntos. Trudi convence a su marido y van a visitar a sus hijos y nietos en Berlín. Sin embargo, éstos están demasiados inmersos en sus propias vidas para ocuparse de ellos. Tras ir al teatro a ver un espectáculo de danza Butoh, Trudi y Rudi deciden marcharse y pasar unos días en un hotel en la costa del mar Báltico.

49. **El bosque del luto**. (*Mogari no mori*). AÑO 2007. DIRECTOR Naomi Kawase.

SINOPSIS: Shigeki vive en una pequeña residencia de ancianos. Allí se siente a gusto y feliz con los demás residentes y con el personal que les atiende. Machiko, una trabajadora social que pertenece a dicho equipo, le presta especial atención, aunque en su interior le atormenta la pérdida de un hijo. Para celebrar el cumpleaños de Shigeki, Machiko decide llevarle a dar un paseo en coche por el campo. Pero el coche se queda parado en la cuneta. El anciano se interna con decisión en el bosque, y Machiko no tiene más remedio que acompañarle...

50. **El camino a casa**. (*Wo de fu qin mu qin*). AÑO 1999. DIRECTOR Zhang Yimou.

SINOPSIS: Luo Yusheng es un hombre de negocios que regresa a su pueblo natal en el norte de China para asistir al funeral de su padre, el profesor del lugar. Se encuentra con la insistencia de su anciana madre sobre que los ritos deben ser observados escrupulosamente, sin darse cuenta de que los tiempos han cambiado. Pero pronto comprende que el respeto es un valor fundamental para su madre y los habitantes del pueblo. Un drama sobre la tensión generacional, el respeto a los mayores y la superación de las viejas costumbres que conquistó a la crítica allá donde se estrenó.

51. **Caos calmo**. (*Caos calmo*). AÑO 2008. DIRECTOR Antonio Luigi Grimaldi.

SINOPSIS: Ha pasado el tiempo y, tras la muerte en el pasado de su mujer, Pietro, un alto ejecutivo de una empresa audiovisual, siente una extraña mezcla de caos y calma al mismo tiempo. Pero no ha encontrado la paz interior desde que Lara murió, de forma inesperada, un día de verano en la que él no estaba en casa. Pietro lleva a su hija Claudia al colegio y, durante días, se queda en el coche sentado, esperando, observando a la gente...

52. **Gente corriente**. (*Ordinary People*). AÑO 1980. DIRECTOR Robert Redford.

SINOPSIS: Conrad acaba de salir del hospital después de haber intentado suicidarse a raíz de la desaparición de su hermano muerto en un accidente. Mantiene una relación muy tensa con su madre y un gran sentido de culpabilidad. Aunque visita todas las semanas al psiquiatra, no se siente a gusto hasta que conoce a una compañera del coro y empiezan a salir juntos.

53. **Génova**. (*Genova*). AÑO 2008. DIRECTOR Michael Winterbottom.

SINOPSIS: La ciudad italiana de Génova brinda a Joe y a sus dos hijas la posibilidad de reiniciar sus vidas tras la muerte de la madre. Mientras Kelly ahonda en el misterioso nuevo mundo, Mary se encuentra con el fantasma de su madre deambulando por las calles.

54. **Hace mucho que te quiero**. (*Il y a longtemps que je t'aime*). AÑO 2008. DIRECTOR Philippe Claudel.

SINOPSIS: Juliette sale en libertad después de pasar quince años en la cárcel. Durante ese tiempo no ha tenido ningún contacto con su familia, que la rechazó. Léa, su hermana menor, la acoge en su casa de Nancy, donde vive con su marido Luc y dos hijas adoptivas. Debido al largo encarcelamiento de Juliette y a su diferencia de edad, las dos mujeres se sienten como dos extrañas. Pero Léa aceptó dar cobijo a su hermana cuando los servicios sociales se pusieron en contacto con ella. Al principio, Juliette parece distante,

alejada del mundo, ensimismada, pero Léa se esfuerza en hacer que su estancia sea agradable. Su marido Luc no está de acuerdo y sus dos hijas están encantadas de descubrir que tenían una tía desconocida. La casa es grande y siempre está llena de amigos. Michel, compañero de trabajo de Léa y seductor empedernido, y una pareja de inmigrantes, Samir y Kaisha, ayudan a Juliette a volver a una vida normal. Léa descubre cuánto echaba de menos a su hermana y la tremenda deuda que cree tener con ella. Poco a poco, las hermanas recuperan la confianza mutua para superar los secretos y las palabras no pronunciadas que contribuyeron a alejarlas la una de la otra.

55. **La habitación del hijo.** (*La stanza del figlio*). AÑO 2001. DIRECTOR Nanni Moretti.

SINOPSIS: Una familia unida vive en una ciudad pequeña al norte de Italia. El padre, Giovanni; la madre, Paola, y sus dos hijos adolescentes: Irene, la mayor, y Andrea, el pequeño. Giovanni es psicoanalista. En su consulta, situada al lado de su apartamento, sus pacientes le confían su neurosis, que contrastan con la calma de su propia existencia. Su vida se rige por una serie de costumbres o manías: leer, escuchar música, aislarse y agotarse haciendo largas carreras por la ciudad. Un domingo por la mañana, un paciente llama a Giovanni por una urgencia. No puede salir a correr con su hijo, tal y como le había propuesto; Andrea sale a bucear con sus amigos, pero no volverá...

56. **La vida sin Grace.** (*Grace Is Gone*). AÑO 2007. DIRECTOR James C. Strouse .

SINOPSIS: Stanley Philipps (Cusack) acaba de recibir un pésame oficial: su mujer, soldado de primera línea en la guerra de Irak, ha fallecido por fuego enemigo. El mundo se derrumba y Stanley no puede permitirse ni llorar: tiene dos niñas. Amigos, conocidos... todos opinan sobre cómo darles la noticia a las pequeñas. Al final, lo mejor va a ser llevárselas de viaje, peregrinar juntos a uno de esos paraísos infantiles llamados Parque de Atracciones. Tal vez, entretenidas, felices por lo que les espera, sufran menos al saber que su madre ha muerto. Pero la ocasión no acaba de presentarse, y Stanley se come su

dolor, disimula, esquiva preguntas, inventa historias para ellas, anticipa el consuelo... Y a él, ¿quién va a consolarlo?

57. **Todas las azafatas van al cielo**. AÑO 2002. DIRECTOR Daniel Burman.

SINOPSIS: Teresa es una azafata que vive una vida perfecta en medio de su limpio mundo de trajes impecables y comida precocinada. Sin embargo el mundo en tierra le asusta: los hombres, la maternidad, el amor... Mientras tanto, Julián, un joven médico, debe viajar a Ushuaia para arrojar las cenizas de su difunta mujer en el lugar en el que ambos se enamoraron.

58. **Un grito en la noche**. (*Everything Put Together*). AÑO 2000. DIRECTOR Marc Forster.

SINOPSIS: Una joven pareja recién casada está en el cenit de sus sueños y esperanzas. Su mundo perfecto torna en pesadilla cuando al día siguiente del nacimiento de su hijo, éste muere inexplicablemente. En vez de ayudarlos a superar la tragedia, sus amigos los esquivan para evitar la incomodidad de enfrentarse la pérdida de un hijo. Sin sus amigos, y con su matrimonio desintegrándose, ella tendrá que lidiar con todo sola, comenzando un extraño y terrorífico viaje en busca de la normalidad...

Enfermedades, sucesos clínicos, cuidado de enfermos.

59. **4meses, 3semanas, 2días.** (*4 luni, 3 saptamini si 2 zile*). AÑO 2007.

DIRECTOR Cristian Mungiu.

SINOPSIS: Rumanía, durante los últimos días del comunismo. Otilia y Gabita son estudiantes y comparten habitación en una residencia en Bucarest. Gabita está embarazada. Las jóvenes acuerdan un encuentro con un tal Mr. Bebe en un hotel barato, para que le practique un aborto.

60. **Alguien voló sobre el nido del cuco.** (*One Flew Over the Cuckoo's Nest*).

AÑO 1975. DIRECTOR Milos Forman.

SINOPSIS: Randle McMurphy (Jack Nicholson) cumple una larga condena en una granja-prisión, pero se las ingenia para ser trasladado a una institución psiquiátrica. Una vez allí, avisado por el resto de los pacientes sobre los tiránicos métodos de la enfermera jefe Mildred Ratched (Louise Fletcher), Randle decide declarar la guerra a la señorita Ratchel. Para intentar controlarle, el centro decide, tras una explosión de cólera de Randle, aplicarle un tratamiento de electroshock. Pero, para entonces, ya se ha ganado a los internos...

61. **Antes de que anochezca.** (*Before Night Falls*). AÑO 2000. DIRECTOR

Julian Schnabel.

SINOPSIS: La vida de Reinaldo Arenas es mostrada desde su infancia en un ambiente rural y su temprana participación en la Revolución, hasta la persecución que más tarde experimentaría como escritor y homosexual en la Cuba de Castro; desde su salida de Cuba en el éxodo de Mariel Harbor en 1980, hasta su exilio y muerte en los Estados Unidos. Es el retrato de un hombre cuyo afán de libertad - artística, política, sexual - desafió la pobreza, la censura, la persecución, el exilio y la muerte.

62. **Bailar en la oscuridad.** (*Dancer in the Dark*). AÑO 2000. DIRECTOR Lars von Trier.

SINOPSIS: Selma, inmigrante checa y madre soltera, trabaja en una fábrica situada en un pueblo de los Estados Unidos. Su única vía de escape a tan rutinaria vida es su pasión por la música, especialmente las canciones y los números de baile basados en los musicales clásicos de Hollywood. Selma esconde un triste secreto: está perdiendo la vista y su hijo padecerá el mismo mal si ella no puede conseguir el suficiente dinero para asegurarle una operación.

63. **Compañeros inseparables.** (*Longtime Companion*). AÑO 1990. DIRECTOR Norman René.

SINOPSIS: Interesante y entretenido drama que relata, de forma minuciosa, la aparición del virus del sida en los primeros casos americanos. Junto a "Philadelphia" y "And the Band Played On", uno de los títulos claves de los noventa sobre la terrible enfermedad.

64. **Cosas que diría con sólo mirarla.** (*Things You Can Tell Just by Looking at Her*). AÑO 2000. DIRECTOR Rodrigo García.

SINOPSIS: En el mismo barrio de Los Ángeles, el Valle de San Fernando, un grupo de mujeres está reordenando sus vidas. Una doctora sueña con intimar con un hombre nuevo. Una solitaria detective de policía busca pistas sobre una tragedia junto a su hermana ciega. Una madre soltera se siente profundamente atraída por un nuevo y diferente vecino. Una directora de banco descubre que está embarazada después de una historia con un hombre casado, mientras una pareja, que lucha contra una enfermedad irreversible, vuelve sobre los pasos de su amor.

65. **De repente el último verano.** (*Suddenly, Last Summer*). AÑO 1959. DIRECTOR Joseph L. Mankiewicz.

SINOPSIS: En la Nueva Orleans de 1937, una rica viuda, la señora Venable, ofrece al doctor Cukrowicz los fondos para crear un hospital a condición de que practique una lobotomía a su sobrina Catherine. La señora Venable se encuentra perturbada por la muerte de su hijo Sebastian en Europa, con quien solía viajar los veranos, salvo el último, en el que su acompañante fue Catherine.

66. **Despertares.** (*Awakenings*). AÑO 1990. DIRECTOR Penny Marshall.

SINOPSIS: Un neurólogo neoyorkino decide, a mediados de los años sesenta, someter a un complejo experimento a sus pacientes de encefalitis. Se trata de una enfermedad que priva de las facultades motoras a las personas que la padecen hasta reducirlas a estado vegetativo.

67. **El aceite de la vida.** (*Lorenzo's Oil*). AÑO 1992. DIRECTOR George Miller.

SINOPSIS: Lorenzo Odone, hijo único de unos inmigrantes italianos que viven en los Estados Unidos, comienza a los 3 años a desarrollar una grave enfermedad neurológica para la cual no existe un tratamiento conocido. En muy poco tiempo el niño, que había aprendido a andar y hablar correctamente, queda postrado en una camilla, inmóvil e hierático, sin que ningún médico pueda hacer nada por sacarle de esa situación. Sus padres no se conforman con ello y deciden seguir luchando hasta agotar todos los recursos; así, estudian todo lo que pueden sobre Neurología infantil (a pesar de que ninguno de los dos estaba previamente especializado en el área sanitaria) y buscan ayuda en todos los frentes médicos posibles...

68. **El diario de Noah.** (*The Notebook*). AÑO 2004. DIRECTOR Nick Cassavetes.

SINOPSIS: En una residencia de ancianos, un hombre mayor (James Garner) lee a una mujer (Gena Rowlands) una historia de amor escrita en su viejo libro

de notas. El libro cuenta la vida de Noah Calhoun (Ryan Gosling) y Allie Nelson (Rachel McAdams), dos jóvenes adolescentes de Carolina del Norte que, a pesar de vivir en dos ambientes sociales muy diferentes, pasan un verano idílico juntos y profundamente enamorados, antes de ser separados, primero por sus padres, y más tarde por la Segunda Guerra Mundial...

69. **El hijo de la novia**. AÑO 2000. DIRECTOR Juan José Campanella.

SINOPSIS: Rafael piensa que las cosas deberían irle mejor: dedica 24 horas al día a su restaurante, está divorciado, ve muy poco a su hija, no tiene amigos y elude comprometerse con su novia. Además, desde hace mucho tiempo no visita a su madre, internada en un geriátrico porque sufre el mal de Alzheimer. Una serie de acontecimientos inesperados le obligan a replantearse su vida. Entre ellos, la intención que tiene su padre de cumplir el viejo sueño de su madre: casarse por la Iglesia.

70. **El hombre elefante**. (*The Elephant Man*). AÑO 1980. DIRECTOR David Lynch.

SINOPSIS: Drama sobre un hombre que, debido a una enfermedad, sufre unas terribles malformaciones físicas que le impiden integrarse en la sociedad.

71. **El milagro de Ana Sullivan**. (*The Miracle Worker*). AÑO 1962. DIRECTOR Arthur Penn.

SINOPSIS: Una profesora con una infancia traumática trata de educar a una niña sorda, ciega y muda. Un oscuro complejo de culpabilidad, por la muerte de su hermano, impulsa a la pedagoga a redimirse mediante la educación de la niña. Cuando llega a la casa donde vive la joven se encuentra con una familia que ha mantenido a la niña a su antojo, ante la incapacidad de los padres para poder educarla. Hellen es considerada como una desgracia de la naturaleza que no tiene remisión y con la cual es imposible entablar cualquier comunicación. Tan sólo la madre es quien mantiene una leve esperanza. La adolescente, por su parte, vive en un mundo propio completamente ajeno. No

sabe cómo romper esta burbuja hasta que llega Ana Sullivan, quien con mucha paciencia y rigor se encargará de su educación. Pero que Hellen pueda llegar a comunicarse haría falta un milagro.

72. **El octavo día.** (*Le Huitieme tour*). AÑO 1996. DIRECTOR Jaco Van Dormael.

SINOPSIS: La historia retrata el encuentro entre dos mundos: el de Georges, un hombre con Síndrome de Down (Pascal Duquenne), y el de Harry, un ejecutivo (Daniel Auteuil). Harry, cuyo único alimento cotidiano es la artificialidad del pensamiento positivo, tiene mucho que aprender de Georges. El octavo día, ese que no figura en ningún calendario, que nunca termina, se manifiesta en el choque entre el orden y la anarquía, la razón y la locura.

73. **El orgullo de los yanquis.** (*The Pride of the Yankees*). AÑO 1942. DIRECTOR Sam Wood.

SINOPSIS: Biopic de un legendario jugador de béisbol norteamericano, Lou Gehrig, que sin haberse perdido ni un sólo partido en toda su carrera en la liga mayor le diagnosticaron de repente una misteriosa enfermedad.

74. **Elegir un amor.** (*Dying Young*). AÑO 1991. DIRECTOR Joel Schumacher.

SINOPSIS: Hilary (Julia Roberts) es una atractiva joven que ha renunciado prácticamente ya al amor, y la verdad es que el resto de su vida tampoco le va demasiado bien. Un día decide contestar a un anuncio en un periódico, solicitando una chica atenta y servicial. Acude a una lujosa mansión donde conoce a Victor (Campbell Scott), un joven de buena familia que padece leucemia, un cáncer que todos creen incurable, incluido su dominante padre (David Selby).

75. **Elsa y Fred**. AÑO 2005. DIRECTOR Marcos Carnevale.

SINOPSIS: Elsa tiene 82 años, 60 de los cuales vivió soñando un momento que ya había sido soñado por Fellini: la escena de La dolce vita en la Fontana di Trevi. Alfredo es un poco más joven y siempre fue un hombre de bien que cumplió con su deber. Al quedar viudo, desconcertado y angustiado por la ausencia de su mujer, su hija le insta a mudarse a un apartamento más pequeño, donde conoce a Elsa. A partir de este momento, todo se transforma. Elsa irrumpe en su vida como un torbellino dispuesta a demostrarle que el tiempo que le queda de vida es precioso y puede disfrutarlo como le plazca.

76. **En América**. (*In America*). AÑO 2002. DIRECTOR Jim Sheridan.

SINOPSIS: Una familia irlandesa compuesta por los padres y sus dos hijas llega a Nueva York. Llenos de ilusión pero sin dinero, se alojan en un destatado apartamento de Manhattan, en un barrio lleno de yonquis y travestis. El padre intenta triunfar en el mundo del espectáculo como actor pero, mientras se intentan acostumbrar a su nueva y humilde vida en el barrio, la familia se enfrenta al recuerdo de la pérdida de un hijo muerto.

77. **Iris**. (*Iris*). AÑO 2001. DIRECTOR Richard Eyre.

SINOPSIS: Durante los 40 años que duró el apasionado e inspirador romance entre Iris Murdoch y John Bayley, la auténtica naturaleza del concepto matrimonio alcanzó su máximo significado. Juntos pasaron la vida fundiendo personalidades, carreras y aspiraciones. El suyo fue uno de los grandes romances literarios del siglo, pero también fue la prueba de que el amor puede superar los tragos más amargos e inesperados de la vida. Frecuentemente descrita como "la mujer más brillante de Inglaterra", la escritora Iris Murdoch fue una figura pilar e icono de su generación en Gran Bretaña. Desde sus días como alumna de Oxford, donde cautivó a todo el mundo con su abierto talante, casi libertino, pasando por su carrera como filósofa y novelista, Iris fue una adelantada a su tiempo.

78. **Juno**. (*Juno*). AÑO 2007. DIRECTOR Jason Reitman.

SINOPSIS: Juno Macguff (Ellen Page) tiene 16 años y es, según los adultos que la rodean, más inteligente de lo que le conviene. Y sí, es cierto, es ingeniosa, culta, rápida en las respuestas, observadora y, sobre todo, sarcástica. Ese sarcasmo es su particular trinchera para esconder sus miedos y las dudas. La relación que mantiene con un compañero de clase, Bleeker (Michael Cera), acaba de dejar fruto: está embarazada. A él le interesa poco el asunto, o más bien nada. Juno está sola con su problema pero ya ha tomado una decisión: tendrá el niño y lo dará en adopción. Su padre y su madrastra están de acuerdo. Ahora hay que encontrar padres adoptivos adecuados. Son Mark (Jason Bateman) y Vanessa (Jennifer Garner), y son ideales. Sólo que Mark comparte demasiado con Juno, demasiadas aficiones comunes y un entendimiento a primera vista...

79. **La caja de Pandora**. (*Pandoranin kutusu*). AÑO 2008. DIRECTOR Yesim Ustaoglu.

SINOPSIS: Una noche, tres hermanos de unos 40 años de Estambul, reciben una llamada informándoles de que su madre ha desaparecido de su casa de la costa Oeste del Mar Negro en Turquía. Dejando a un lado sus diferencias, los tres se unen para buscarla, pero los conflictos no tardarán en resurgir. Como los secretos de la caja de Pandora. Se dan cuenta de lo poco que se conocen realmente y aprovechan para meditar sobre sus propios defectos.

80. **La peste**. (*The Plague*). AÑO 1992. DIRECTOR Luis Puenzo.

SINOPSIS: Corren los años noventa. En una ciudad sudamericana, el Dr. Bernard Rieux diagnostica varios casos de peste, debiéndose poner la ciudad en cuarentena. Basado en la novela de Albert Camus pero con ligeras modificaciones como la ambientación, pues el libro sitúa la acción en la ciudad argelina de Orán.

81. **La vida alegre**. AÑO 1987. DIRECTOR Fernando Colomo.

SINOPSIS: Ana empieza a trabajar como médico en un centro de enfermedades de transmisión sexual a pesar de la oposición de su marido Antonio, también médico y asesor del ministro de Sanidad. En el centro, Ana entra en contacto con una serie de personajes marginales que acuden a su consulta...

82. **La vida secreta de las palabras**. (*The Secret Life of Words*). AÑO 2005.
DIRECTOR Isabel Coixet.

SINOPSIS: Un lugar aislado en medio del mar: Una plataforma petrolífera, donde sólo trabajan hombres, en la que ha ocurrido un accidente. Una mujer solitaria y misteriosa que intenta olvidar su pasado (Sarah Polley) es llevada a la plataforma para que cuide de un hombre (Tim Robbins) que se ha quedado ciego temporalmente. Entre ellos va creciendo una extraña intimidad, un vínculo lleno de secretos, verdades, mentiras, humor y dolor, del que ninguno de los dos va a salir indemne y que cambiará sus vidas para siempre. Una película sobre el peso del pasado. Sobre el silencio repentino que se produce antes de las tormentas. Sobre veinticinco millones de olas, un cocinero español (Javier Cámara) y una oca. Y sobre todas las cosas, sobre el poder del amor incluso en las más terribles circunstancias.

83. **Las llaves de casa**. (*Le chiavi di casa*). AÑO 2004. DIRECTOR Gianni Amelio.

SINOPSIS: Es de noche en la estación de tren de Munich, Alemania. Gianni conoce a Paolo, su hijo de quince años a quién nunca había visto y que, dormido, se encamina a Berlín. Gianni se casó de nuevo y tiene un hijo, y no sabe cómo reaccionar. Paolo le explica que puede ayudarle. El chico está impedido y va a una clínica especializada de rehabilitación.

84. **Las normas de la casa de la sidra.** (*The Cider House Rules*). AÑO 1999.
DIRECTOR Lasse Hallström.

SINOPSIS: Homer Wells (Tobey Maguire) ha vivido durante toda su vida entre las paredes del aislado orfanato de St Cloud. Es ya un adolescente y, a pesar de que el director del centro, el Dr. Larch (Michael Caine), le prepara para ser su sucesor, el joven siente la necesidad de vivir su propia vida, de salir de ese lugar y conocer el mundo más allá de St. Cloud y alrededores. La visita al centro de una pareja con problemas, y cautivado por la belleza de la chica (Charlize Theron), Homer decide que ha llegado la hora de partir...

85. **Lejos de ella.** (*Away From Her*). AÑO 2006. DIRECTOR Sarah Polley.

SINOPSIS: Fiona (Julie Christie) y Grant (Gordon Pinsent), que, casados desde hace mucho tiempo, han superado juntos los momentos difíciles de sus vidas. Hoy disfrutan de una convivencia tan cómoda y tranquila como merecida. La estabilidad desaparece cuando ella comienza a sufrir pérdidas de memoria. Dado que sus descuidos son cada vez más frecuentes, Fiona insiste en ingresar en una residencia. A partir de ese momento, el universo de Grant también se desestabiliza, llevándole a una vida nueva en todos los sentidos.

86. **León y Olvido.** AÑO 2004. DIRECTOR Xavier Bermúdez.

SINOPSIS: León y Olvido son hermanos mellizos, huérfanos. León tiene el síndrome de Down. Olvido, cuyas relaciones sentimentales no van nada bien, ha tenido que dejar sus estudios y ponerse a trabajar. León pretende acaparar las atenciones de su hermana. Los sentimientos que les unen y enfrentan son muy intensos por ambas partes hasta que un día aparece en sus vidas Damián.

87. **Los amigos de Peter.** (*Peter's Friends*). AÑO 1992. DIRECTOR Kenneth Branagh.

SINOPSIS: Peter se ha quedado solo, sin sus padres. Decide llevar a cabo un deseo: invitar a sus mejores amigos a la gran mansión que ha heredado para la fiesta de fin de año. Son los amigos entrañables del colegio, a los que casi

nunca ve y que con ellos organizaban obras de teatro y revistas musicales. Van llegando todos y, a pesar de un reencuentro diez años después, empiezan a surgir los problemas, sus sueños y sus esperanzas rotas por matrimonios de conveniencia. Durante dos días ríen, lloran, comen, beben, se insultan, charlan, hacen el amor y cantan. Pero Peter ha guardado una sorpresa para el final.

88. **Magnolias de acero**. (*Steel Magnolias*). AÑO 1989. DIRECTOR Herbert Ross.

SINOPSIS: Comedia dramática coral que refleja una historia cotidiana, de amores y desamores entre un grupo de amigas en una pequeña ciudad norteamericana. En el centro de este grupo está Shelby Eatenton, recientemente casada y felizmente embarazada, sino fuera por el hecho de que su diabetes puede hacer peligrar la vida de su hijo. Ante esta posibilidad, ella busca el refugio en sus amigas.

89. **Mi pie izquierdo**. (*My Left Foot*). AÑO 1989. DIRECTOR Jim Sheridan.

SINOPSIS: Narra la inspiradora vida de Christy Brown, un escritor irlandés aquejado de parálisis cerebral, cuya tenacidad echó por tierra todas las barreras que impedían su integración en la sociedad. Un conmovedor ejemplo de superación y lucha por conseguir las metas.

90. **Pánico en las calles**. (*Panic in the Streets*). AÑO 1950. DIRECTOR Elia Kazan.

SINOPSIS: Una noche, en los barrios bajos de Nueva Orleans, el rufián Blackie y sus amigos matan a un inmigrante que ganó demasiado jugando al poker. A la mañana siguiente, el Doctor Clint Reed del Servicio de Salud Pública confirma que el muerto tenía la peste negra. Para evitar una epidemia catastrófica, Clint debe encontrar y aislar a los asesinos con la ayuda del capitán de policía Tom Warren. En total secreto, por miedo a que el pánico asole la ciudad, tiene 48 horas para intentarlo...

91. **Philadelphia**. (*Philadelphia*). AÑO 1993. DIRECTOR Jonathan Demme.

SINOPSIS: Un joven y prometedor abogado de Philadelphia, Andrew Beckett, es despedido del prestigioso bufete en el que trabaja al conocerse que ha contraído el sida. Decide demandar a la empresa por despido improcedente, pero en un principio ningún abogado acepta defender su caso.

92. **Querido diario**. (*Caro diario*). AÑO 1993. DIRECTOR Nanni Moretti.

SINOPSIS: Vida y opiniones de Nanni Moretti, filmadas por él mismo con su indiscreta cámara y repartidas en tres episodios: «En mi Vespa», «Islas» y «Médicos». En el primero de ellos, el cineasta se acerca a la cotidianeidad de Roma durante el mes de agosto, y ofrece una nueva mirada a la capital italiana a través de su recorrido en moto. En el segundo, visita a Gerardo, un amigo que lleva once años viviendo en la isla de Lipari; juntos recorren otras ínsulas como Salina, Strómboli, Panarea y Alicudi. En el último capítulo el realizador rueda su propia quimioterapia y el recorrido por hospitales y especialistas incapaces de diagnosticarle la causa de unos insoportables picores.

93. **Rain man**. (*Rain Man*). AÑO 1988. DIRECTOR Barry Levinson.

SINOPSIS: Charlie Babbitt (Tom Cruise), un joven egoísta que espera heredar una fortuna de su difunto padre, se entera de que el beneficiario será su desconocido hermano Raymond (Dustin Hoffman), un hombre autista con una habilidad especial para ciertos temas relacionado con la memoria y los números. Al principio desconcertado por sus comportamientos, Charlie aprenderá a conocer a su hermano durante un viaje juntos atravesando los Estados Unidos.

94. **Rompiendo las olas**. (*Breaking The Waves*). AÑO 1996. DIRECTOR Lars von Trier.

SINOPSIS: Al comienzo de los años 70 una ingenua joven, Bess (Emily Watson), que vive en una pequeña comunidad de la costa norte de Escocia, se enamora de Jan (Stellan Skarsgård), un hombre mundano que trabaja en una

plataforma petrolífera. A pesar de la oposición del entorno, una rígida comunidad puritana, Bess y Jan se casan. Tras la boda, él vuelve a su trabajo, mientras que Bess cuenta los días para su vuelta, convencida de que su amor está bendecido por el cielo, especialmente porque piensa que puede comunicarse mentalmente con Dios. Pero un día Jan sufre un terrible accidente.

95. **Solas**. AÑO 1999. DIRECTOR Benito Zambrano.

SINOPSIS: María (Ana Fernández) malvive en un oscuro apartamento de un barrio pobre y conflictivo, trabaja eventualmente como chica de la limpieza y, próximos ya los 40, está embarazada de un hombre que no la ama. Está sola y la bebida es su única compañía. Su madre (María Galiana) ha malgastado su vida junto a un hombre que confundió siempre las caricias con las bofetadas y por una hija que ha trazado su vida lejos de ella. Está sola. Su vecino (Carlos Álvarez), viudo, apura sus últimos años junto a Aquiles, su perro. Está solo. Los tres entrecruzan sus vidas y suman sus soledades dando así una oportunidad a la esperanza.

96. **Una mente maravillosa**. (*A Beautiful Mind*). AÑO 2001. DIRECTOR Ron Howard.

SINOPSIS: El eminente matemático Dr. Nash descubrió una teoría cuya aplicación revolucionó varios campos de la ciencia, pero su prodigiosa mente también le causó una terrible enfermedad... Obsesionado desde que era estudiante con encontrar una idea matemática original, el excéntrico John Forbes Nash hizo un descubrimiento asombroso al comienzo de su carrera, haciéndose famoso en todo el mundo. Pero su fulgurante ascenso sufrió un drástico cambio cuando su brillante mente se vio atacada por la esquizofrenia. Enfrentándose a este reto, Nash luchó por recuperarse con la ayuda de su devota esposa Alicia. Tras varias décadas de penalidades logró superar su tragedia y recibió el premio Nobel en el año 1994.

97. **¿Y tú quién eres?** AÑO 2007. DIRECTOR Antonio Mercero.

SINOPSIS: Narra la historia de los Rivero, una familia que se va de vacaciones, dejando en Madrid a su hija Ana que está opositando (Cristina Brondo) y al abuelo Ricardo (Manuel Alexandre). Ricardo es acomodado en una residencia durante ese periodo. En la residencia, Ricardo, conocerá a Andrés (José Luis López Vázquez), su compañero de habitación y nuevo amigo. Juntos recordarán vivencias de la juventud, llegando a producir episodios tiernos y divertidos. Durante el transcurso del verano, el mal de Alzheimer acecha a Ricardo...

Y la muerte...

98. **Despedidas**. (*Okuribito*). AÑO 2008. DIRECTOR Yojiro Takita.

SINOPSIS: Daigo Kobayashi, antiguo violonchelista de una orquesta que se acaba de disolver, acaba vagando por las calles sin trabajo y sin demasiada esperanza. Por ello decide regresar a su ciudad natal en compañía de su esposa. Allí consigue un empleo como enterrador: limpia los cuerpos, los coloca en su ataúd y los envía al otro mundo de la mejor forma posible. Aunque su esposa y sus vecinos contemplan con desagrado este puesto, Daigo descubrirá en este ritual de muerte la chispa vital que le faltaba a su propia vida.

99. **Morir en San Hilario**. AÑO 2005. DIRECTOR Laura Mañá.

SINOPSIS: San Hilario vivía de su espléndido cementerio y de la habilidad de sus gentes para organizar los entierros más hermosos. La gente viajaba a San Hilario a morirse a gusto. Las prisas y la modernidad han dejado al pueblo sin trabajo y es por eso que, ahora, esperan anhelantes la llegada de Germán Cortés. Todo se complica cuando Germán muere antes de llegar a su destino y, por error, los de San Hilario dan la bienvenida a un prófugo de la justicia que asiste, atónito, a la preparación de su entierro.

100. **El séptimo sello**. (*Det sjunde inseglet*). AÑO 1957. DIRECTOR Ingmar Bergman

SINOPSIS: Suecia, siglo XIV. La peste negra asola Europa. El caballero sueco Antonius Blovk y su leal escudero regresan a su país, tras diez años de inútiles combates en las Cruzadas por Tierra Santa. Vuelve como un hombre atormentado y lleno de dudas, y la Muerte se presenta reclamándolo. Con la esperanza de obtener algunos conocimientos antes de morir, el caballero reta a la Muerte a una partida de ajedrez. El hombre busca respuestas a las preguntas claves de la vida, la muerte y la existencia de Dios durante una partida de ajedrez.

